

鈴鹿亀山地区広域連合  
 介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者 指定(更新)申請書

年 月 日

(宛先) 鈴鹿亀山地区広域連合 (名称)  
 申請者 (代表者の職名・氏名)

介護保険法に規定する事業所に係る指定(指定の更新)を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ						
	名 称						
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 - )				
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏 名	生年月日		
代表者の住所		(郵便番号 - )					
指定を受けようとする事業所	フリガナ						
	名 称						
	所在地		(郵便番号 - )				
	同一所在地において行う事業の種類			指定(更新)申請対象事業(該当事業に○)	指定(更新)申請をする事業の開始(更新)予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様 式
	介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業	訪問型サービス(旧介護予防訪問介護相当サービス)				付表1	
	訪問型サービスA(緩和型)				付表1		
	通所型サービス(旧介護予防通所介護相当サービス)				付表2		
	通所型サービスA(緩和型)				付表2		
介護保険事業所番号		(既に指定を受けている場合のみ記入してください。)					
指定を受けている他市町村名							
申請担当者氏名		連絡先電話番号					