

様式第4（第4条関係）

指定介護予防支援事業所

指定更新申請書

年 月 日

大口町長

様

申請者 所在地
名 称

介護保険法に規定する指定介護予防支援事業所に係る指定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。

記

申請者	フリガナ 名 称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー)				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
	法人の種別			法人所轄庁		
	代表者の職・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 ー)				
事業所	フリガナ 名 称					
	所在地	(郵便番号 ー)				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき					
	フリガナ 名 称					
	所在地	(郵便番号 ー)				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
現に受けている指定の有効期間満了日						
法第115条の22第2項各号に該当しないことを誓約する書面				別添のとおり		