

鹿児島市介護予防・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

鹿児島市長 殿

申請者 (名称)  
(代表者の職名・氏名)

介護保険法に規定する第1号事業者の指定の更新を受けたいので、次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 (〒 - 県 都市)									
	連絡先		電話番号				ファックス番号			
			電子メール							
	代表者の職名・氏名・生年月日		職名		フリガナ				生年月日	
氏名										
代表者の住所 (〒 - 県 都市)										

  

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地 (〒 - 県 都市)									
連絡先		電話番号				FAX番号				

  

同一所在地内で行う事業の種類											実施事業	指定の有効期間満了日	指定年月日
	介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業										予防型訪問介護サービス		
											生活支援型訪問介護サービス		
											予防型通所介護サービス		
											ミニデイ型通所介護サービス		
											運動型通所介護サービス		
介護保険事業所番号													

同一所在地内で行う事業の種類											実施事業	指定の有効期間満了日	指定年月日
	居宅サービス・地域密着型サービス										訪問介護		
											通所介護		
											地域密着型通所介護		
介護保険事業所番号										(既に指定を受けている場合)			