様式第２-２号

指定更新申請書

　　年　　月　　日

　豊　田　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、名称並びに代表者の職及び氏名）

|  |  |
| --- | --- |
| 介護予防訪問サービス | に係る指定更新を受けたいので、豊田市介護予防・日常生活支援総合事業 |
| 生活支援訪問サービス |
| 介護予防通所サービス |
| 生活支援通所サービス |

に係る指定の申請等に関する要綱第４条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | 法人連絡先 | | 電話番号 | | |  | | | | | | ＦＡＸ番号 | |  | | | | | | | | | | | | |
| Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | |  | | | | | | | | | | | | |
| 法人の種別 | |  | | | | | 法人所轄庁 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | （郵便番号　　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の  所　在　地 | | （郵便番号　　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | | 電話番号 | |  | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | |  | | | | | | | 生年月日 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | |
| 管理者の住所 | | （郵便番号　　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の種類 | |  | | | | | | | 介護保険事業所番号 | | | |  | | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　次の内容が分かる書類を添付してください。

　・役員の氏名、生年月日及び住所を記載した書類