

（宛先）野田市長

所在地  
申請者 名称  
代表者氏名

野田市介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業者指定更新申請書  
介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業者の指定の更新を受けたいので、次のとおり申請します。

申 請 者	ふりがな						
	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	
	法人の種別				法人 所轄 庁		
	代表者の職名、 氏名及び生年月日		職 名		ふりがな 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 の 種 類	事業所等の所在地		(郵便番号 )				
	事業所等の名称						
	同一所在地において行う事業の種類			実 施 事 業	指定申請を する事業の 事業開始予 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号訪問事業					付表 1
		第1号通所事業					付表 2
介護保険事業所番号							
指定を受けている他市町村名							
医療機関コード等							