様式第９号（第２３条関係）

指定・更新申請書

年　　月　　日

ふじみ野市長　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

介護保険法に定める指定事業者として　指定・更新　を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | （郵便番号　　－　　　） | | | | | | | | | | |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 |  | | | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　－　　　） | | | | | | | | | | |
| 事　業　所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　－　　　） | | | | | | | | | | |
| 管理者の氏名・生年月日 |  | | | | | | | | | | |
| 管理者の住所 | （郵便番号　　－　　　） | | | | | | | | | | |
| 事業の種類 |  | | | | | | | | | | |
| 利用者の推定数 |  | | | | | | | | | | |
| 当該申請に係る事業の開始の予定年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | 新規に指定を受ける場合 |
| 事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 既に指定を受けている場合 |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |

添付書類

　介護保険法施行規則に定める事項を記載した関係書類