

第11号様式

提出担当者	連絡先	TEL FAX
	氏名	

新潟市介護予防・日常生活総合支援事業第1号事業者 指定更新申請書

年 月 日

(あて先) 新潟市長

所在地：
申請者 名 称：
代表者職・氏名：

介護保険法に規定する第1号事業者に係る指定更新を新潟市から受けたいので、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					
	(フリガナ) 主たる事務所の 所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 郡 府 県 区				
	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	職名			(フリガナ) 氏名	生 年 月 日
	(フリガナ) 代表者の住所	(郵便番号 -) 都 道 市 郡 府 県 区				
	(フリガナ) 事業所の名称					
	(フリガナ) 事業所の所在地	(郵便番号 -) ニイガタケン ニイガタシ 新潟県 新潟市 区				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
Eメールアドレス						
指定年月日						
介護保険事業所番号						
指定更新を受けようとする事業所	サービス種類	申請事業 (○を記入)	現に受けている指定の 有効期間満了日	申請する事業に係る 添付書類等確認表		
	介護予防訪問介護相当サービス			別紙1		
	訪問型基準緩和サービス			別紙2		
	介護予防通所介護相当サービス			別紙3		
	通所型基準緩和サービス			別紙4		
同一所在地で行う事業	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				

添付書類：別途添付書類等確認表に掲げるとおり。