

伊東市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請書

令和〇〇年××月△△日

(申請先)
伊東市長

所在地 **伊東市大原2丁目1番1号**

申請者 法人名 **株式会社 伊東介護サービス**

職・氏名 **代表取締役社長 伊東 市郎**

介護保険法に規定する指定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 (届出) 者	フリガナ	カフシキガイシヤ イトウカイゴサービス				
	名称	株式会社 伊東介護サービス				
	主たる事務所の所在地	(〒414-8555) 伊東市大原2丁目1番1号				
	連絡先	電話番号	0557-32-1563	FAX番号	0557-36-1165	
	法人の種類	株式会社		法人の所轄庁		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役社長	フリガナ	イトウ イチロウ	生年月日
				氏名	伊東 市郎	昭和22年8月10日
代表者の住所	(〒414-8555) 伊東市大原2丁目1番1号					
事業所	フリガナ	アンジンテイサービスセンター				
	名称	あんじんテイサービスセンター				
	所在地	(〒414-0013) 伊東市桜木町2丁目2番3号				
	連絡先	電話番号	0557-〇〇-××××	FAX番号	0557-〇〇-△△△△	
		e-mailアドレス	anjin_dayservice@〇〇.ne.jp			
実施する事業 (該当するものに○)	<input checked="" type="checkbox"/> 介護予防訪問介護相当サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護予防通所介護相当サービス		<input type="checkbox"/> 訪問型サービスA <input type="checkbox"/> 通所型サービスA		指定更新年月日 令和〇〇年◇◇月×日	

同一事業所で行う事業の状況			実施事業	事業開始予定年月日	指定年月日
	介護予防・日常生活支援総合事業 第一号事業	介護予防訪問介護相当サービス		○	
訪問型サービスA					
介護予防通所介護相当サービス			◎	令和〇〇年◇◇月×日	令和〇〇年4月1日
通所型サービスA					
居宅サービス事業・地域密着型サービス事業・介護予防サービス事業	訪問介護		○		令和〇〇年5月1日
	通所介護				
	地域密着型通所介護		○		令和〇〇年4月1日
	介護予防訪問介護		○		令和〇〇年5月1日
	介護予防通所介護		○		令和〇〇年8月1日
介護保険（総合事業） 事業所番号	2 2 7 0 4 9 9 9 9		←既に指定を受けている場合のみ記入してください。		
指定を受けている市町村名	伊東市				

- (注意)
- 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、一般社団法人、一般財団法人、株式会社等の別を記入してください。
 - 「法人の所轄庁」欄は、当該法人に法人格を付与した行政庁（大臣、都道府県知事等）がある場合には、その名称を記入してください。
 - 「実施事業」欄は、今回申請するものに「◎」と、既に指定を受けているものに「○」と、指定があったものとみなされたものに「みなし」と記入してください。なお、都道府県知事又は他市町村長に指定の申請をしている事業については「申請中」と記入してください。
 - 「指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者等として指定された年月日を記入してください。