

様式第3号（第13条関係）

（表）

年 月 日

（宛先）高松市長

申請者 主たる事務所の所在地  
名 称  
代表者の氏名

高松市介護予防・生活支援サービス事業者指定（更新）申請書

高松市介護予防・生活支援サービス事業者の指定（更新）を受けたいので、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	〒 (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
		Email					
	法人の種類別				法人の所轄庁		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏 名		生年月日	
代表者の住所	〒						
指定（更新）を受けようとする事業所の種類	フリガナ						
	名 称						
	事業所の所在地	〒 (ビルの名称等)					
	事業等の種類			指定申請をする事業 (事業開始予定年月日)	指定更新申請をする事業 (現に受けている指定の有効期間満了日)	付表	
	サ ー ビ ス 型	訪 問 型	介護予防訪問介護相当サービス				1
			共生型訪問型サービス				2
			訪問型サービスA (A-1)				3
			訪問型サービスA (A-2)				
	訪問型サービスA (A-3)						
	サ ー ビ ス 型	通 所 型	介護予防通所介護相当サービス				4
共生型通所型サービス					5		
通所型サービスA					6		
通所型サービスC					7		

(裏)

介護保険事業所番号（既に指定を受けている場合）									
障害福祉サービス事業所番号（共生型訪問型サービス又は共生型通所型サービスに係る指定を受けようとする事業所であって、既に障害福祉サービス事業所の指定を受けている場合）									

備考

- 1 「法人の種別」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。
- 2 「法人の所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
- 3 「指定申請をする事業」欄は、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記入してください。
- 4 この申請書には、指定（更新）を受けようとする事業所の種類ごとに市長が別に定める書類を添付してください。