様式 K01

※受付番号	

指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者・指定居宅介護支援事業者・介護保険施設 指定（許可）更新申請書

平成　　年　　月　　日

青 森 県 知 事　　殿

所　在　地
申請者　名　　称
代表者職・氏名　　㊞

介護保険法の規定により、介護サービス事業者の指定（許可）更新を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
なお、申請に係る申出事項等については別添のとおり相違ありません。

申請者（開設者）	（フリガナ） 名　　称						
	（フリガナ） 所　在　地	〒　　－ 都道府県　区市郡　区町村					
	連　絡　先	電話番号		FAX 番号			
	法 人 種 別		法人設立年月日	昭平　年　月　日			
	代　表　者	（フリガナ） 氏　　名		生 年 月 日	明大昭平　年　月　日	役職名	
		（フリガナ） 住　　所	〒　　－ 都道府県　区市郡　区町村				
		連　絡　先	電話番号		FAX 番号		
事業所	介護保険事業所番号	0 2					
	（フリガナ） 名　　称						
	（フリガナ） 所　在　地	〒　　－ 都道府県　市郡　町村					
	連　絡　先	電話番号		FAX 番号			

今回更新を受けるサービス

サービスの種類	指定（許可）年月日	事業開始年月日	指定（許可）有効期間満了日
記入例　*訪問介護*	*Ｈ１８．２．１*	*Ｈ１８．２．１*	*Ｈ２４．１．３１*
介護予防訪問介護	*Ｈ１８．４．１*	*Ｈ１８．４．１*	*Ｈ２４．３．３１*

＜注＞　※印欄には、記入しないでください。