第24号様式の5の2

介護保険指定特別給付事業者指定更新申請書

年　　月　　日

　(宛先)名古屋市長

申請者　住所

氏名

|  |  |
| --- | --- |
|  | 法人の場合は、所在地、名称及び代表者氏名 |

　次のとおり介護保険指定特別給付事業者の指定の更新を受けたいので申請します。

1　事業所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所の所在地 |  |
| 連絡先 |  |
| 指定の有効期間満了日 |  |
| 管理者の氏名 |  |

2　直近2ヶ月のサービス提供実績

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年　　月  (前々月) | サービス提供人数 |  |
| サービス提供回数 |  |
| 年　　月  (前月) | サービス提供人数 |  |
| サービス提供回数 |  |

備考　用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。