年　　月　　日

奈良県知事　殿

法人事務所

所在地

法人の名称

法人の代表者

職・氏名

介護保険事業者指定に係る証明願（正）

　介護保険法（平成９年法律第１２３号）　　　　　　　の規定に基づく

の指定について、下記のとおり証明してくださるようお願いします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 法人名 |  |
| ２ | 事業所名 |  |
| ３ | 事業所所在地 |  |
| ４ | 事業者番号 |  |
| ５ | 指定年月日 | ① | ② |
| ③ | ④ |
| ⑤ | ⑥ |
| ６ | サービスの種類 | ① | ② |
| ③ | ④ |
| ⑤ | ⑥ |
| ７ | その他の事項 |  |

　上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　年　　月　　日

 奈良県知事　　山　下　　真

奈良県証紙

500円分

※注意事項 （１）正副２部提出してください。副本をお返しします。

 （２）証明が必要な項目を記入してください。

 （３）正本に、奈良県証紙を５００円分貼付してください。

　　年　　月　　日

奈良県知事　殿

法人事務所

所在地

法人の名称

法人の代表者

職・氏名

介護保険事業者指定に係る証明願（副）

　介護保険法（平成９年法律第１２３号）　　　　　　の規定に基づく

の指定について、下記のとおり証明してくださるようお願いします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 法人名 |  |
| ２ | 事業所名 |  |
| ３ | 事業所所在地 |  |
| ４ | 事業者番号 |  |
| ５ | 指定年月日 | ① | ② |
| ③ | ④ |
| ⑤ | ⑥ |
| ６ | サービスの種類 | ① | ② |
| ③ | ④ |
| ⑤ | ⑥ |
| ７ | その他の事項 |  |

　上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　年　　月　　日

 奈良県知事　山　下　　真

※注意事項 （１）正副２部提出してください。副本をお返しします。

 （２）証明が必要な項目を記入してください。

 （３）正本に、奈良県証紙を５００円分貼付してください。