様式第４号(第４条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 指定居宅介護支援事業所 | 指定更新申請書 |
| 指定介護予防支援事業所 |

　年　　月　　日

境　　町　　長　　殿

所 在 地

申請者　　名　　称

代表者名　　　　　　　　　　　　　㊞

介護保険法に規定する事業所に係る指定更新を受けたいので，下記のとおり関係書類を添えて申請

します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在市町村番号 | | | | | | | | | |  |
| 申　　　請　　　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | （〒　　　　－　　　　　　　）  　　　　　　県　　　　　郡・市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | | | | | FAX番号 | | | | | | | | |  | |
| 法人の種別 |  | | | | 法人所轄庁 | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 | | | | フリガナ | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | （〒　　　　－　　　　　　　）  　　　　　　県　　　　　郡・市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　所 | フリガナ  事業所等の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （〒　　　　－　　　　　　　）  　　　　　　県　　　　　郡・市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　　絡　　先 | 電話番号 |  | | | | | | | | | FAX番号 | | | | |  | | | | | |
| 実施事業の種類 | | | |  | | | 居宅介護支援事業所 | | | | | | | | | |  | | | 介護予防支援事業所 | | |
| 介護保険事業所番号 | | | |  |  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考1　「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

　　2　別添資料については，指定申請時の様式を参照してください。