|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 様式第２号（第３条関係） | 受付番号 |  |

指定居宅介護支援事業者指定更新申請書

年　　月　　日

臼杵市長　　　あて

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 所在地 |  |  |
| 申請者 | 名　称 |  |  |
|  | 代表者 |  | 印 |

　介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業者に係る指定の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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申　請　（　開　設　）　者 | ふりがな |  |
| 名称 |  |
| 主たる事業所の所在地 | （郵便番号　　　　－　　　） |
|  |
| 申請者連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 代表者の職・氏名・生年月日 | 職名 |  | ふりがな |  | 生年月日 |
| 氏名 |  |  |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　　－　　　） |
|  |
| 事　　業　　者 | ふりがな |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　　－　　　） |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 当該事業所の所在地以外の場所に当該事務所の一部として使用される事務所を有するとき |
| ふりがな |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　　－　　　） |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 現に指定を受けている期間 | 　　年　　月　　日 | から | 　　年　　月　　日 |
| 介護保険法施行規則に規定する指定申請に必要なその他の事項 |  |  |  |
| 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. 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。
3. 「法人所轄庁」欄は、申請（開設）者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 |