様式第２号(第３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

年　　月　　日

　　　　　(宛先)玉村町長

所在地

申請者　名　称　　　　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

　介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業所に係る指定更新を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 事業所所在地市町村番号 | | |  | |
| 申請者 | フリガナ  名称 |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　　) | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | |
| 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 |  | フリガナ | | | | | 生年月日 |
| 氏名 | | | | |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　―　　　　　) | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ  名称 |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　) | | | | | | | |
| 事業の種類 |  | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 |  | | | | | | | |
| 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　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「公益社団法人」「公益財団法人」「株式会社」等の別を記入してください。

３　「法人所轄庁」欄は、申請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。