第２号様式（第３条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**指定地域密着型サービス事業所**

**指定地域密着型介護予防サービス事業所**

**指定居宅介護支援事業所　　　　　　　　指定更新申請書**

　　年　　月　　日

（あて先）玉村町長

所在地

申請者　法人名

代表者職・氏名

介護保険法に規定する事業所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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | （郵便番号　　　－　　　　　　）  　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （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 | （郵便番号　　　－　　　　　　）  　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定の更新を受けようとする事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　）  　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | |
| 事業の種類 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 指定更新を受ける他の市町村 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |

備考１「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。