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  指定介護予防支援事業所 | 指定更新申請書 |

年　　　月　　　日

　　愛南町長　　様

所在地

申請者

名称　　　　　　　　　　　　　　印

　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、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　　　―　　　　)  　　　　　　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 | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | |
| 指定の更新を受けようとする事業所の概要 | フリガナ  名称 |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | (郵便番号　　　―　　) | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | | | | | FAX番号 |  | | |
| 事業所の種類 |  | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | | |  | | | | |
| 当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ  名称 |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　) | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | | | | | FAX番号 |  | | |
| 役員の氏名、生年月日及び住所 | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | |
| 誓約書 | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | |

備考　１　「受付番号」及び「事業所所在地市町村番号」欄には記入しないでください。

　　　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。