第４号様式（第４条関係）

指定居宅介護支援事業所　指定更新申請書

　　年　　月　　日

　甲佐町長　　　　殿

申請者

所在地

名称及び代表者氏名　　　　　　　　　　㊞

　介護保険法の規定により、指定の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　　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | |
| 管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | | （フリガナ） | | | | | | | | （生年月日） | | | | | |
| （氏名） | | | | | | | |
| （住所） | | | | | | | | | | | | | |
| （経歴） | | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている指定の  有効期間満了日 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 役員の氏名、生年月日  及び住所 | | | | （フリガナ） | | | | | | | | | （生年月日） | | |
| （氏名） | | | | | | | | |
| （住所） | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員の氏名  及びその登録番号 | | | | （氏名） | | | | | | | | | | | |
| （登録番号） | | | | | | | | | | | |

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。