様式第４号（第４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

指定介護予防支援事業所　指定更新申請書

年　　月　　日

　　　　下田市長　　　　　様

所在地

名　称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　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、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  氏名 | |  | | | | | | | 生年月日 |
|  | | | | | | |  |
| 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　　　　　　　　　）  　（ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　　　　　　　）  　（ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | |  | | | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | | |
| 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、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」欄には記載しないでください。

　　２　対応する付表を添付してください。

　　３　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。