

受付番号

指定居宅介護支援事業者指定更新申請書

年 月 日

三股町長 様

所 在 地
申請者 名 称
代表者氏名

介護保険法第79条の2に規定する指定居宅介護支援事業者の指定更新を、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		〒（ ）										
	連絡先		電話番号						FAX番号				
	法人の種類別						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		年 月 日		
代表者の住所		〒（ ）											
指定を受けようとする事業所	フリガナ												
	名 称												
	事業所の所在地		〒（ ）										
	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年月日												
	誓 約 書										別紙のとおり		
介護支援専門員の氏名及び登録番号										別紙のとおり			
介護保険事業所番号													
記入担当者						記入担当者連絡先							

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。
2 「法人の種類別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」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。