様式第２（第３条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 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

　　東郷町長　　　殿

所在地

申請者

名　称

　　　　代表者氏名

　介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業者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　　　－　　　　　） | | | | | | | |
| （ビル等の名称） | | | | | | | |
| 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 | | | | | 生年月日 |
| 氏　　名 | | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | |
| （ビル等の名称） | | | | | | | |
| 事　業　所 | フリガナ |  | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | |
| （ビル等の名称） | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | |
| （ビル等の名称） | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | FAX番号 | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 既に受けている指定の有効期間満了日 |  |
| 添付書類 | 備考２を参照 |

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　添付書類については、指定居宅介護支援事業者指定申請書（様式第１）別紙の備考３　　　を参照してください。