

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	
	法人の種類別				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。