　第２号様式（第３条）

指定居宅介護支援事業者指定更新申請書

年　　月　　日

　　　館山市長　　様

申請者　所　在　地

名　　　称　　　　　　　　　　　　　　　　　印

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，下記のとおり，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　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  |  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | | | | |
| 医療機関コード等 | | |  |  |  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考１ 「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 ｢法人の種別｣欄は，「社会福祉法人」「医療法人」「株式会社」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。

４ 「現に受けている指定の有効期間満了日」欄は，介護保険法による指定事業者として指定された年月日から６年を経過する日を記載してください。

５ 保険医療機関，保険薬局，老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には，そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には，適宜様式を補正して，そのすべてを記載してください。