様式第２号（第３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

　　年　　月　　日

　（宛先）もとす広域連合長

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業所番号 | | | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 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 | | | | |
|  | | | | |
| 事業所 | フリガナ  名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所　在　地 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 連　絡　先 | 電話番号 | |  | | | | ＦＡＸ番号 | | | | |  | | | | |
| 現に受けている指定の有効期限 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 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　付表を添付してください。

３　別添資料については、指定申請の様式を参照してください。