

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

関ヶ原町長 様

所在地

名称

代表者職氏名



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、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

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
	代表者の住所	(郵便番号 —) (ビルの名称等)			
事業所	フリガナ 名称				
	所在地	(郵便番号 —) (ビルの名称等)			
	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 —) (ビルの名称等)			
連絡先	電話番号		FAX番号		
管理者の氏名、 生年月日、 住所及び経歴	フリガナ 氏名		生年月日	住所及び 経歴	別紙参照
現に受けている指定の有効期間満了日					
役員 <small>の</small> 氏名、生年月日、住所				別添 <small>の</small> とおり	
誓約書				別添 <small>の</small> とおり	
介護支援専門員 <small>の</small> 氏名及びその登録番号				別添 <small>の</small> とおり	

備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。

2 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。