

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

大井町長様

所在地  
申請者 名称  
代表者氏名

印

介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、介護保険法第79条の2第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

事業所所在市町村番号	1 4 3 6 2 8
------------	-------------

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		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ		生年月日	
			氏名		年 月 日		
代表者の住所	(郵便番号 - )						
指定の更新を受けようとする事業所	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該当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		
介護保険事業所番号							
現に受けている指定の有効期間満了日				年	月	日	
指定を受けている他市町村名							
契約書	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 別添の書類については、指定申請時の書類を参考にしてください。
  - 2 「受付番号」欄には記載しないでください。
  - 3 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
  - 4 「法人所轄庁」欄、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。