|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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

　　　平内町長

所在地

　　　　申請者　名　称

代表者氏名

　　介護保険法（平成９年法律第123号）に規定する指定居宅介護支援事業所に係る指定（の更新）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 | フリガナ | |  | | | 生年月日 | | | | 職名 |
| 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　　　―　　　　） | | | | | | | | | |
| 事業の開始予定年月日 | | | | | |  | | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | |  | | | | | |
| 関係書類 | | | | | | 別紙　添付書類一覧のとおり | | | | | |

　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 「法人の種別」欄は、「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。

　　　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、指定申請の場合は、記載を要しません。

５ 「事業の開始予定年月日」欄は、更新申請の場合は、同欄中「事業の開始予定年月日」を「事業の開始年月日」と読み替えて、事業の開始年月日を記載してください。