様式第５号（第４条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ※受付番号 |  |

指定居宅介護支援事業者指定更新申請書

年　　月　　日

　　　東かがわ市長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　氏　名印

法人にあっては、主たる事務所の

所在地、名称及び代表者の氏名

指定居宅介護支援事業者の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 | | | |  | | | | | | | 生年月日 | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | |
| 代表者（開設者) 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　　―　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | | | | | | | |
| 現に受けている指定の指定年月日 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |  |  | | |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |

備考　１　※印の欄には、記入しないでください。

２　「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」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「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入してください。