

受付番号

指定居宅介護支援事業所
指定更新申請書
指定介護予防支援事業所

年 月 日

(あて先)
新宮市長

所在地
申請者 名称
代表者氏名 ㊟

介護保険法に規定する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。

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 ー) 県 市			
		(ビルの名称)			
	連 絡 先	電話番号		F A X 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 ー) 県 市				
	(ビルの名称)				
指 定 の 更 新 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 概 要	フリガナ 名 称	-----			
	事業所の所在地	(郵便番号 ー)			
	連 絡 先	電話番号		F A X 番号	
	事業所の種類				
	現に受けている指定の有効期間満了日				
	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	-----			
	事業所の所在地	(郵便番号 ー)			
連 絡 先	電話番号		F A X 番号		
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」「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 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。