様式第２号（第３条関係）

指定居宅介護支援事業所　指定更新申請書

　　年　　月　　日

恵那市長　様

　　　（名称）

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者の職・氏名）

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、下記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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | FAX番号 |  | | | | | | | | | | |
| E-mail | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 |  | | フリガナ | | | | | | 生年月日 | | | | | | | |
| 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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業等の種類 | 居宅介護支援 | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　１　付表を添付してください。

　　　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。