

指定居宅介護支援事業所または指定居宅介護予防支援事業 指定更新申請書

さぬき市長 殿

所在地

申請者
名称

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 —) 県 市・郡 (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	法人の種類別			法人所轄庁			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名			フリガナ 氏名	生年月日	
事業所	代表者の住所	(郵便番号 —) 県 市・郡 (ビルの名称等)					
	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 —)					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	事業所	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					
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		
サービス種別							
介護保険事業所番号							
指定を受けている他市町村名							
医療機関コード等							
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の満了日							
役員の名、生年月日及び住所		別添のとおり					
誓約書		別添のとおり					
介護支援専門員の名及びその登録番号		別添のとおり					

- 備考 1 「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 別添の関係書類については、指定申請時の様式を参照してください。