様式第４号（第４条関係）

**指定居宅介護支援事業者　指定更新申請書**

　　年　　月　　日

大河原町長　様

所在地

申請者

名　称

介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業者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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | |
| 代表者の住所 | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | |
| 指定に係る事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | |
| 事業所の  所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | |
| 連　　絡　　先 | | 電話番号 | |  | | FAX番号 | |  | | |
| メールアドレス | |  | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 連　　絡　　先 | 電話番号 | |  | | | | FAX番号 | |  | |
| 既に受けている指定の有効期間満了日 | | | |  | | | | | | | |
| 役員の氏名、生年月日及び住所 | | | | | | | | 別添のとおり | | | |
| 誓約書 | | | | | | | | 別添のとおり | | | |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | | | | | | | 別添のとおり | | | |