様式第５号(第４条関係)

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

指定居宅介護支援事業所指定更新申請書

年　　月　　日

　あま市長　　　　殿

名　称

申請者

代表者の職名・氏名

　介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業所に係る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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 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　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | ＦＡＸ番号 | | | | |  | | |
| Ｅｍａｉｌ | |  | | | | | | | | | | |
| 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 | | | 年　　月　　日 |
| 氏名 | | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | 指定有効期間満了日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　―　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ |  | | | | | | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | |
| 氏名 |  | | | | | |
| 住所 | （郵便番号　　　―　　　） | | | | | | | | | | | | |

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。