

## 指定居宅介護支援事業所 指定更新申請書

年 月 日

杵藤地区広域市町村圏組合管理者 様

所在地  
申請者  
名 称 印

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、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 — )				
		県 郡市				
	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 — )					
	県 郡市					
(ビルの名称等)						
事 業 所	フリガナ 名 称					
	所在地	(郵便番号 — )				
		県 郡市				
	(ビルの名称等)					
連絡先	電話番号			FAX 番号		
現に受けている指定の有効期間満了日				既に指定を受けている事業の指定年月日		
介護保険事業所番号（現在指定を受けている事業所番号）						
医療機関コード等						

- 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 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
  - 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
  - 4 「現に受けている指定の有効期間満了日」欄は、事業の指定有効期間満了年月日を記載してください。
  - 5 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
  - 6 保険医療機関、保健薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。