

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

小田原市長 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、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 ー)				
		(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・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 ー)					
	(ビルの名称等)					
代表者の住所	(郵便番号 ー)					
	(ビルの名称等)					
事 業 所	フリガナ 名称					
	所在地	(郵便番号 ー)				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
	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 ー)				
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						
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		

- 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 「法人の種類別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」等の別を記入してください。
 3 「法人所轄庁」欄、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 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。