　様式第２号（第３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 | | | |
| 指定介護予防支援事業所 |

年　　月　　日

　米　原　市　長　　様

所　在　地

申請者　名　　　称

代表者氏名

　介護保険法に規定する事業所に係る指定の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 | （〒　　　―　　　　） | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | FAX番号 |  | |
| Email |  | | | | |
| 代表者の職名・  氏名・生年月日 | 職名 |  | フリガナ | | | 生年月日 |
| 氏　　名 | | |
| 代表者の住所 | （〒　　　―　　　　） | | | | | |
| 事　業　所 | 事業等の種類 |  | | | | | |
| 指定有効期間満了日 |  | | | | | |
| フリガナ  名称 |  | | | | | |
|  | | | | | |
| 所在地 | （〒　　　―　　　　） | | | | | |
| 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 |  | | | | | |
|  | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | （〒　　　―　　　　） | | | | | |
| 管　理　者 | フリガナ  名称 |  | | | 生年月日 |  | |
|  | | |
| 住所 | （〒　　　―　　　　） | | | | | |

備考１　「受付番号」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。