第３号様式（第３条第１項）

|  |  |
| --- | --- |
| 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

習志野市長　宛て

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 所在地  名称  代表者氏名 |

　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の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　　　　－　　　　　　）  県　　　　　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 | フリガナ | |  | | 職名 | | |  |
| 氏名 | |  | | 生年月日 | | |  |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　　－　　　　　　）  県　　　　　市 | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　　　）  県　　　　　市 | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | FAX番号 | |  | |
| 事業の種類 | | | | |  | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | |  | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | |  | | | | |

備考