|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

第２号様式

**指定居宅介護支援事業所指定更新申請書**

　　　　　　　年　　月　　日

猪名川町長　様

所在地

　申請者　　法人名称

代表者職・氏名

介護保険法に規定する居宅介護支援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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法　人　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 | | | | |  | | | | | | | | | |
| E-mail | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人の種別 |  | | | | 法人所轄庁 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の職名・氏名 | 職　名 |  | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | 生年  月日 | | |  | | | |
| 氏　名 | |  | | | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連 絡 先 | 電話番号 | |  | | | | FAX番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| E-mail | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地において行う事業の種類 | | | | 指定更新申請をする事業の  有効期間満了日 | | | | | 介護保険事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援 | | | |  | | | | |  | |  | |  | | |  |  | |  |  | |  |  |  |

備　考

１「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」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください｡

２「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。

３「指定更新申請をする事業の有効期間満了日」欄は，事業の指定期間の最終日を記載してください。