

第4号様式（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

年 月 日

（宛先） 富里市長

所在地

申請者 名 称

代表者名

㊟

介護保険法第79条の2第1項に規定する事業所に係る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 -) (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX 番号	
	法人の種別			法人所轄庁		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ		生年月日	
			氏名		年 月 日	
	代表者の住所	(郵便番号 -)				
事業所	フリガナ					
	事業所の名称					
	事業所の所在地	(郵便番号 -)				
	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					
介護保険事業所番号						
医療機関コード等						

備考

- 1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄は、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」「株式会社」等の別を記入してください。
- 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、指定事業所として指定された年月日から6年を経過する日を記載してください。
- 5 保険医療機関、保険薬局、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、その全てを記載してください。