様式第６号（第４条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

年　　月　　日

　吉岡町長　様

申請者　　所在地

名称　　　　　　　　　　　印

指定居宅介護支援事業所指定更新申請書

　　介護保険法に規定する指定介護支援事業所に係る指定（指定更新）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　　　―　　　　)  　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | |
| (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 | | |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | |
| 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 | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | |