様式第3号（第3条関係）

指定居宅介護支援事業者指定更新申請書

年　　月　　日

産山村長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　印

介護保険法に規定する事業所に係る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　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| （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･氏名・生年月日 | 職名 | |  | | フリガナ | | |  | | |  | | 生年月日  　　　年　月　日 | |
| 氏名 | | |  | | |  | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　所 | フリガナ  名称 |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | | | FAX番号 |  | | | | |
| e-mailアドレス |  | | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている介護保険事業所番号 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 事業等の種類 | | | | 居宅介護支援 | | | | | | | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 管理者の氏名、生年月日、経歴 | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | 生年月日  　　　　年　　月　　日 | | | | | | | 経歴は別添のとおり |
| 氏名 | | | | |

備考　１ 「事業所所在地市町村番号」欄に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、介護保険法による指定事業者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。