様式第４号（第４条関係）

指定居宅介護支援事業者

指定介護予防支援事業者

　　　　　　　指定更新申請書

年　　月　　日

長浜市長　　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称及び代表者氏名

　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | ＦＡＸ番号 |  | |
| Email |  | | | | |
| 代表者の氏名・  職名・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　　　　　郡市 | | | | | |
| 事業所の概要 | フリガナ  名称 |  | | | | | |
|  | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　　）  　　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | ＦＡＸ番号 |  | |
| 事業所の種類 |  | | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 |  | | | | | |
| 当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき。 | | | | | | |
| フリガナ  名称 |  | | | | | |
|  | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　　）  　　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | ＦＡＸ番号 | |  |
| 誓約書 | | | | 別添のとおり | | | |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | | | 別添のとおり | | | |

備考　　別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。