|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

様式第1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

さくら市長　　　　　　様

所在地

申請者　名　称

代表者氏名

　介護保険法の規定により指定居宅介護支援事業者に係る指定（更新）を受けたいので、次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　　　　　―　　　　　　　） | | | | | | | | |
| （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 | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | | 生年月日 |
|  | | | 氏名 | |  | | | 年　月　日 |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　　　―　　　　　　　） | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | |
| 指定を受けよう  とする事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | （郵便番号　　　　　―　　　　　　　） | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | | | FAX番号 | |  |
| 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 | | |
| 介護保険事業所番号（既に指定を受けている場合） | | | | | | | |  | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | | | 年　　月　　日 | | |

備考1　「受付番号」欄には記載しないでください。

2　「法人の種別」欄は、「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入してください。