様式第９号の２（第４条関係）

**指定居宅介護支援事業者指定更新申請書**

　　年　　月　　日

（宛先）津幡町長

所在地

申請者　　名称

代表者職氏名

　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、介護保険法第79条の2により次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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | FAX番号 | |  | | | | |
| 管理者の氏名・生年月日・住所及び経歴 | | フリガナ | | | | | | 生年月日 | | | | | | 他別添のとおり |
| 氏名 | | | | | |
| 事業等の種類 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 役員の氏名・生年月日及び住所 | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | |
| 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 | | |
| 地域密着型サービス費等の請求に関する事項 | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | |

注１　※の欄は、記入しないでください。

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」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」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。

備考　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４とする。