

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

多治見市長

所在地
 事業者 名称
 代表者職氏名

介護保険法に規定する事業所の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	(〒 -) (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
		メールアドレス					
	法人の種別				法人所轄庁		
	代表者	職名			フリガナ		
			氏名	生年月日			
代表者の住所	(〒 -) (ビルの名称等)						
事業所の名称							
事業所の所在地	(〒 -) (ビルの名称等)						
現に受けている指定の有効期間満了日							
介護保険事業所番号							

- 備考 1 「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」「(一般・公益)社団法人」「(一般・公益)財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 2 「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。
- 3 付表を添付してください。