第６号様式（第５条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

指定居宅介護支援事業所指定更新申請書

年　　月　　日

（宛先）千代田区長

所在地

申請者　名　称

代表者氏名

　指定居宅介護支援事業所に係る指定の更新を受けたいので、介護保険法第７９条の２第２項の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在地区市町村番号 | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 申　請　者 | ふりがな |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | ふりがな | | |  | | | | | | | | 生年月日 | | |
| 氏　　名 | | |  | | | | | | | | 年　月　日 | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　所 | ふりがな |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　）  千代田区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | |  | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | | |  |  | |  |  | | | |  | |  | |  |  |  |  |

備考

　１　「受付番号」及び「事業所所在地区市町村番号」欄には記入しないでください。

　２　「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「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。