様式第５号（第４条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

指定居宅介護支援事業者更新申請書

年　　月　　日

　南三陸町長　殿

住　所

申請者

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業者に係る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　　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 更  新  に  係  る  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 | | | | | | |  | | |
| 事業の種類 | | | 実　施  事　業 | | | | | 指定申請をする事業の  事業開始予定年月日 | | | | | | | | | 既に指定を受けている  事業の指定有効期間 | | | | | | | 様　式 |
| 居宅介護支援 | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | 付表13 |
|  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 介護保険事業所番号 | | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | | | | | | |

　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」「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。

　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　「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。

４　保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。