様式第４号（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

　那珂市長　　様

所在地

申請者　名　称

代表者の職・氏名

　介護保険法に規定する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 |  |
| 主である事務所の所在地 | （〒　　―　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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 | 　 | フリガナ | 　 | 生年月日 |
| 氏名 | 　 |
| 代表者の住所 | （〒　　　―　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 事業所等の所在地 | （〒　　　―　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 事業所連絡先 | 電話番号 | 　 |
| 種　　類 | 指定（許可）申請をする事業等（事業開始予定年月日） | 既に指定等を受けている事業等（指定年月日） | 備考 |
| 居宅介護支援 |  |  |  |
| 指定を受けている他市町村名 | 　 |
| 介護保険事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | （当該事業所が既に指定を受けている場合） |
| 医療機関コード等 |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考　添付書類については、指定申請時の様式を参照してください。