様式第２号（第３条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ※受付番号 |  |

指定居宅介護支援事業者指定更新申請書

年　　月　　日

　　熱海市長　　あて

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 所在地  名称 |

　　介護保険法第７９条の２第１項の規定により指定の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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | ※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　　－　　） | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | ＦＡＸ番号 |  | |
| 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　　－　　） | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | （郵便番号　　－　　） | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | |
| 指定年月日 | |  | | | | | | | |
| 更新事業の指定の有効期間満了年月日 | | | | | |  | | | |

　備考

　　１　※印欄には、記入しないでください。

２　「指定年月日」欄には、当該事業が現在受けている指定の指定年月日を記入してください。

３　「更新事業の指定の有効期間満了年月日」欄は、今回の更新の申請に係る事業の現在受けている指定の有効期間満了年月日を記入してください。