|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

様式第４号（第５条関係）

**指定更新申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

下野市長　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指定居宅介護支援事業所に係る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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 介護保険事業者番号 | | |  | | |
| 申  請  者 | フリガナ  名称 |  | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　　-　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | |  | | | FAX番号 | |  | |
| Email | |  | | | | | | |
| 代表者の職・氏名・生年月日 | 職名 |  | | フリガナ氏　名 |  | | | 生年  月日 |  |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　　-　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 事  業  所 | フリガナ  名称 |  | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　　-　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき | | | | | | | | | |
| フリガナ  名称 |  | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　　-　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | |  | | | | | |

添付書類　提出書類一覧のとおり

備考「受付番号」欄には記載しないでください。