様式第３号（第４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

　　　国東市長　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　国東市指定居宅介護支援事業者の指定等に関する規則第４条の規定により、指定の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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在地市町村番号 | | | | | | | |  |
| 申　請　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | |
| 名　称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　）  　　　　　　　県　　　　　市 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | （郵便番号　　　－　　　　　）  　　　　　　　県　　　　　市 | | | | | | | | | | | | |
| 事業所（施設） | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の名所 |  | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | ＦＡＸ番号 | | | | |  | | |
| 当該事業所（施設）の所在地以外の場所に当該事業所（施設）の一部として使用される事務所を有するとき。 | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の名所 |  | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | ＦＡＸ番号 | | | | |  | | |
| 役員の氏名、生年月日及び住所 | | （フリガナ） | | | | | | | (生年月日) | | | | | |
| （氏名） | | | | | | |  | | | | | |
| （住所） | | | | | | | | | | | | |
| （経歴） | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | （氏名） | | | | | | | | | | | | |
| （登録番号） | | | | | | | | | | | | |

備　考

１　「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。