様式第４号（第４条関係）

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

指定居宅介護支援事業所指定更新申請書

年　　月　　日

　伊達市長

所　在　地

申請者　名　　　称

　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　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、伊達市指定居宅介護支援事業所の指定等に関する規則第４条に基づき、下記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 | | | | | | |  | |
| 代表者の職名及び氏名・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　　　―　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定の更新を受けようとする事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | （郵便番号　　―　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | FAX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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | （郵便番号　　　―　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | FAX番号 | |  |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 誓約書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | |
| 役員の氏名、生年月日及び住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | |
| 介護保険事業所番号 | | | |  | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | | | |

備考

　　１※印の欄には、記入しないでください。