

指定居宅介護支援事業所指定（開設許可）更新申請書

年 月 日

（宛先）えびの市長

住 所

申請者

氏 名

印

（法人にあつては、名称及び代表者の職・氏名）

介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業所の指定（開設許可）更新を、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ						
	名称						
	主たる事業所の所在地	（郵便番号 ー ）					
		（建物の名称等）					
	申請者連絡先	電話番号				FAX 番号	
	法人の種別						
	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 ー ）						
	（建物の名称等）						
更新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	（郵便番号 ー ）					
		（建物の名称等）					
	事業所連絡先	代表電話番号					
	更新年月日			現に受けている指定（許可）の有効期間満了日			
介護保険法に規定する人員基準充足の状況			充足している・充足していない（該当するものに○）				
事業所運営に係る損害賠償保険加入の有無			加入している・加入していない（該当するものに○）				
介護保険事業所番号							（既に指定又は許可を受けている場合）

- 備考 1 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。
- 2 「法人の所轄庁」欄は、当該法人に法人格を付与した行政庁（大臣、都道府県知事等）がある場合には、その名称を記入してください。