

受付番号	
------	--

指定更新申請書

年 月 日

利根町長 殿

所在地
申請者
名称

印

介護保険法に規定する事業所に係る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。

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	(〒 -)								
		(ビルの名称等)								
	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	(〒 -)								
(ビルの名称等)										
代表者の住所	(〒 -)									
	(ビルの名称等)									
事業所	フリガナ 名称									
	所在地	(〒 -)								
	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									
	所在地	(〒 -)								
連絡先	電話番号				FAX番号					
管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	フリガナ 氏名				生年月日		経歴別添のとおり			
事業等の種類										
現に受けている指定の有効期間満了日										
役員 の氏名、生年月日及び住所	別添のとおり									
誓約書	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									

備考1 「受付番号」欄は記入しないでください。

2 関係書類として、更新申請に係る事業所（施設）の種類に応じて介護保険法施行規則第131条の2から第131条の7までの各第1項に定める事項を記載した書類を添付してください。

なお、当該更新申請に係る事業所（施設）が既に提出している介護保険法施行規則第131条の2第1項から第131条の7第1項に定める事項で第1項第4号から第10号までに掲げる事項に変更がないときは、これらの事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略できます。