別記第２号様式（第５条関係）

指定居宅介護支援事業者　指定（許可）更新申請書

年　　　月　　　日

湯　沢　町　長　　様

郵便番号

　　　　　住　　所

届出者　　法人名及び代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

介護保険法に規定する事業者（施設）に係る指定（許可）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。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　　請　　者 | （フリガナ）  名　　称 |  | | | | | |
|  | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | | | | | |
| 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 | 職　名 |  | | | （フリガナ）  氏　名 |  |
|  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 代表者の住所 | 〒 | | | | | |
| 指定（許可）更新を受けようとする  事業所の概要 | （フリガナ）  事業所（施設）の名称 |  | | | | | |
|  | | | | | |
| 事業所の所在地  （施設開設の場所） | 〒 | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | FAX番号 |  |
| Eメールアドレス | | |  | | |
| 申請する事業の開始予定年月日 | | | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 介護保険事業所番号 | |  | | | | 指定年月日 | 年　　　　月　　　　日 |