様式第4号(第4条関係)

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

指定更新申請書

年　　　月　　　日

　　　　　　　　川辺町長　様

所在地

名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　介護保険法に規定する事業所に係る指定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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ  名称 |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　　　)  　　(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  氏名 |  | | | | | | 生年月日 |
|  | | | | | |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　　　)  　　(ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ  名称 |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　　　)  　　(ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | |
| 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業所を有するとき | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ  名称 |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　　　)  　　(ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 役員の氏名、生年月日、住所 | | | | | | | | | | | | |  | |
| 誓約書 | | | | | | | | | | | | |  | |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録記号 | | | | | | | | | | | | |  | |

備考　「受付番号」欄には記載しないでください。