様式第２号（第３条関係）

指定居宅介護支援事業所指定更新申請書

年　　月　　日

渋川市長　　様

所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者 職名・氏名

次のとおり、指定居宅介護支援事業所の指定の更新を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | |  | 指定年月日 | |  | 指定有効期間  満了日 |  |
| 申請者 | フリガナ  名称 |  | | | | | |
|  | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | （郵便番号　　　-　　　） | | | | | |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | | |
| 事業所の名称 |  | | | | | |
| 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　-　 　　） | | | | | |
| 事業の種類 | 居宅介護支援 | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 申請担当者氏名 | |  | 電話番号 |  | | ＦＡＸ |  |
|  | | | | | | | |