

## 指定居宅介護支援事業者指定（更新）申請書

年 月 日

大空町長 様

所在地  
申請者 名称（法人名）

代表者の職・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		
	代表者の職名・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 - )						
指定を受けようとする事業所	フリガナ						
	事業所等の名称						
	事業所等の所在地	(郵便番号 - )					
		電話番号	( )		FAX番号	( )	
	指定申請をする事業の 事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の 指定年月日			介護保険事業所番号		様式
						付表	

- 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」「社団法人」「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 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 3 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。