

受付番号	
------	--

指定居宅介護支援事業所指定更新申請書

年 月 日

（宛先）狭山市長

所在地
申請者
名 称

介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業所に係る指定の更新を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

事業所所在地市町村番号	
-------------	--

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 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務所を有する場合				
	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		年 月 日			

備考

- 1 「受付番号」及び「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 別添資料については、指定申請時の関係書類を参照してください。