様式第２号（第３条関係）

　指定居宅介護支援事業者指定更新申請書

令和　　年　　月　　日

　　　吉 田 町 長 様

所　在　地

申請者　名　　　称

代表者氏名

　　次のとおり指定の更新を受けたいので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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・氏名・生年月日 | 職名 |  | フリガナ | 生年月日 |
| 氏名 | 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　　　　　　） |
| 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 |
| 誓約書 | 別添のとおり |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | 別添のとおり |

　備考　指定更新の内容が分かる書類を添付してください。