**様式第９号（第７条関係）**

**指定居宅介護支援事業者指定更新申請書**

**年　　月　　日**

**島田市長**

**名　称**

**申請者**

**代表者氏名**

**介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業者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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申　請　者** | **フリガナ** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **名称** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **主たる事務所**  **の所在地** | **（郵便番号　　　－　　　　）**  **都道　　　　市区**  **府県　　　　町村** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **連絡先** | **電話番号** | | | **（内線）** | | | | | | | | | | | | | | |
| **ＦＡＸ番号** | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ｅ－ｍａｉｌ** | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **代表者の職名・**  **氏名・生年月日** | **職名** | |  | | | **フリガナ** | | |  | | | | | | | | | |
| **氏　　名** | | |  | | | | | | | | | |
| **生年月日** | | **年　　月　　日** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **代表者の住所** | **（郵便番号　　　－　　　　）**  **都道　　　　市区**  **府県　　　　町村** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **事業の種類** |  | | | | **介護保険**  **事業所番号** | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **指定有効期間満了日** | | **年　　月　　日** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **フリガナ** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **名称** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **所在地** | **（郵便番号　　　－　　　　）**  **都道　　　　市区**  **府県　　　　町村** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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　　　－　　　　）**  **都道　　　　市区**  **府県　　　　町村** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **管理者** | **フリガナ** |  | | | | | | **生年**  **月日** | **年　　月　　日** | | | | | | | | | | |
| **氏名** |  | | | | | |
| **住所** | **（郵便番号　　　－　　　　）**  **都道　　　　市区**  **府県　　　　町村** | | | | | | | | | | | | | | | | | |