様式第４号（第３条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

土浦市指定居宅介護支援事業者指定更新申請書

年　　月　　日

申請先　土浦市長

申請者　住所

（主たる事務所の所在地）

氏名　　　　　　　　　　印

（名称及び代表者の氏名）

介護保険法第７９条の２第１項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　　　―　　　　） | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | ＦＡＸ番号 | |  | |
| 法人の種類 |  | | | | | 法人の所轄庁 | |  | |
| 代表者の職，氏名及び生年月日 | 職名 |  | | | フリガナ |  | | | 生年月日 |
| 氏名 |  | | |  |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | | | | | |
| 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 | |  | |

備考　１　「受付番号」及び「事業所所在地市町村番号」の欄は，記載しないでください。

　　　２　「法人の種別」の欄は，「社会福祉法人」，「医療法人」，「公益社団法人」，「公益財団法人」，「一般社団法人」，「一般財団法人」，「株式会社」等の別を記入してください。

また，申請者が許認可等により設立された法人であるときには，「法人所轄庁」の欄に許認可等をした官公署の名称を記載してください。