

※受付番号

指定
指定居宅介護支援事業者
指定更新
申請書

年 月 日

宇 部 市 長 様

申請者
(開設者)
郵便番号
主たる事務所の所在地
ふりがな
名称
代表者の氏名
(電話)
(ファクシミリ)

指定
下記のとおり指定居宅介護支援事業者の
指定の更新
を受けたいので、介護保険法

第79条第1項

の規定により、関係書類を添えて申請します。

第79条の2第4項において準用する同法第79条第1項

記

代 表 者	職 名		ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号)				
事 業 所	ふりがな 名 称					
	所 在 地	(郵便番号) (電話) (ファクシミリ)				
	メールアドレス					
管 理 者	ふりがな 氏 名		住 所	(郵便番号)		
	生年月日	年 月 日				
	兼 務 の 概 要	申請に係る事業所で兼務する場合		兼務する他の職種		
		同一敷地内にある他の事業所等で兼務する場合		事業所等の名称		
			兼務する職種			
事業の開始時の1日当たりの利用者の推定数					人	
事 業 に 係 る 介護支援専門員の員数		常 勤		非 常 勤		
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	
		人	人	人	人	
事業の開始の予定年月日		年 月 日				
現に受けている指定の有効期間満了日		年 月 日				