

第3号様式（第3条）

指定居宅介護支援事業所指定更新申請書

年 月 日

横芝光町長 様

申請者 所在地  
名 称



介護保険法に規定する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。

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	
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		
事業の種類					
現に受けている指定の有効期間満了日					
介護保険事業所番号					
医療機関コード等					

備考 町長が別に定める書類を添付してください。