様式第４号（第４条関係）

受付番号	

指 定 更 新 申 請 書

年　　月　　日

大 村 市 長　　様

所在地

申請者　　印

名　称

介護保険法に規定する事業所に係る指定更新を受けたいので、下記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　　－　　） 県　　郡市				
		（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			
	代表者の職名･氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名	生年月日	
	代表者の住所	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市				
		（ビルの名称等）				
事業所	介護保険事業所番号					
	フリガナ 名　　称					
	事業所等の所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市				
		（ビルの名称等）				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
	事業の種類					
	指定年月日					
	指定の有効期間満了日					

備考　１　「受付番号」及び「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
　　２　「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」等の別を記載してください。
　　３　「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
　　４　「指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
　　５　指定更新を受けようとする事業に係る指定申請書（様式第１号）の付表及び別添を添付してください。