様式第2号（第4条関係）

指定更新申請書

年　　月　　日

市（区・町・村）長殿

所在地

申請者　名称

代表者職名・氏名

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、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

	法人番号				
申請者	フリガナ				
	名称				
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			
	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　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村			
事業所	事業等の種類		介護保険事業所番号		
	指定有効期間満了日				
	フリガナ				
	名称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 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務所を有するとき				
	フリガナ				
	名称				
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村			
管理者	フリガナ			生年月日	
	氏名				
	住所	（郵便番号　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村			

備考　1　「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
2　様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
3　電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。
4　「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務所を有するとき」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。