

## 指定居宅介護支援事業者（指定・指定更新）申請書

年 月 日

（宛先）春日市長

所在地  
申請者 法人名  
代表者職氏名

介護保険法に規定する事業所に係る（指定・指定更新）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。

なお、暴力団を利することとならないことの確認のため、警察機関に照会されることに同意します。

申請者	フリガナ				
	名 称				
	主たる事務所の所在地	（郵便番号 ー ）			
		（ビルの名称等）			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	代表者の職名・氏名・生年月日・性別	職名	フリガナ 氏名	生年月日	性別 男・女
代表者の住所	（郵便番号 ー ）				
	（ビルの名称等）				
指定又は指定の更新を 受けようとする事業所	フリガナ				
	事業所の名称				
	事業所の所在地	（郵便番号 ー ）			
		（ビルの名称等）			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
		E-mail			
	指定又は指定の更新の申請をする事業の開始予定年月日				
現に受けている指定の有効期間満了日			（既に指定を受けている場合）		
介護保険事業所番号					
記入担当者 職氏名	職名		氏名		

**備考**

- 1 「指定又は指定の更新の申請をする事業の開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記入してください。
- 2 「既に指定を受けている事業の指定年月日」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入してください。