第4号様式（第4関係）

受付番号	

指定市町村事務受託法人　指定更新申請書

年　　月　　日

知事　　殿

所在地
申請者
名　称

介護保険法に規定する指定市町村事務受託法人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。

					事務所所在地区市町村番号	
申請者	フリガナ 名　称					
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　郡市区 （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・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　　郡市区 （ビルの名称等）				
指定更新を受けようとする事務所	フリガナ 名　称					
	事務所の所在地	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　郡市区 （ビルの名称等）				
	事務所連絡先	電話番号		FAX番号		
	指定更新を受けようとする事務		法第二十四条の二第一項第一号に規定する事務（照会等事務）			
			法第二十四条の二第一項第二号に規定する事務（要介護認定調査事務）			
管理者の氏名、生年月日住所及び経歴		フリガナ 氏　名		生年月日	住所・経歴 別添のとおり	
現に受けている指定の有効期間満了日						
役員の氏名、生年月日及び住所				別添のとおり		
施行規則第34条の3各号に該当しないことを誓約する書面				別添のとおり		
介護支援専門員の氏名及びその登録番号				別添のとおり		

備考　1　「受付番号」「事務所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

2　添付資料については、指定申請時の様式を参照してください。

3　「指定更新を受けようとする事務」欄は、今回更新申請するものについて、該当する欄に「○」を記載してください。