様式第１号（第２条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

指定居宅介護支援事業所指定申請書

指定介護予防支援事業所　指定申請書

年　　月　　日

　　　　下田市長　　　　　様

所在地

名　称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　印

介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　　請　　者 | フリガナ  名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　　　　　　　）  　（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　　　　　　　　　）  　（ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　　業　　所 | 主たる事業所・施設名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事業所・施設の  所在地 | （郵便番号　　　　　　　　　）  　（ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | | | | | | |
| 当該申請に係る事業の開始の予定年月日 | | | | | 介護保険事業所番号 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |

備考

１　「受付番号」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」等の別を記入してください。

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　「介護保険事業所番号」欄は、既に指定を受けている場合に記入してください。