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

　年　　月　　日

境　　町　　長　　殿

所 在 地

申請者　　名　　称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので，次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在市町村番号 | | | | | | |  |
| 申　　　請　　　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | （〒　　　　－　　　　　　　）  　　　　　　県　　　　　郡・市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | 生年月日 | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | （〒　　　　－　　　　　　　）  　　　　　　県　　　　　郡・市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　所 | フリガナ  事業所等の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （〒　　　　－　　　　　　　）  　　　　　　県　　　　　郡・市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　　絡　　先 | 電話番号 |  | | | | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | |
| 実施事業の種類 | | | |  | | 居宅介護支援事業所 | | | | | | | | | |  | | 介護予防支援事業所 | |
| 介護保険事業所番号 | | | |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | | （既に指定を受けている場合） | | |
| 当該申請に係る事業の開始予定年月日 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　1 「受付番号」「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 地域包括支援センターの設置の届出を既に行っている場合において，既に当該市町村長に提出している事項に変更がない

ときは，これらの事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略することができます。