|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 様式第１号（第２条関係） | 受付番号 |  |

指定居宅介護支援事業者指定申請書

年　　月　　日

臼杵市長　　　あて

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 所在地 | |  |  |
| 申請者 | | 名　称 |  |  |
|  | 代表者 | |  | 印 |

　介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業者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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在地市町村番号 | | | | |  | |
| 申　請　（　開　設　）　者 | ふりがな | |  | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | |
| 主たる事業所の所在地 | | （郵便番号　　　　－　　　） | | | | | | | | | |
|  | | 都道  府県 | |  | 郡市  区 | |  | | |
|  | | | | | | | | | |
| 申請者連絡先 | | 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 |  | | | ふりがな | |  | | | 生年月日 |
| 氏名 | |  | | |  |
| 代表者の住所 | | （郵便番号　　　　－　　　） | | | | | | | | | |
|  | | 都道  府県 | |  | 郡市  区 | |  | | |
|  | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | | |  | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | | （郵便番号　　　　－　　　） | | | | | | | | | |
|  | | 都道  府県 | |  | 郡市  区 | |  | | |
|  | | | | | | | | | |
| 当該申請に係る事業の開始予定年月日 | | | | | | | | 地域包括支援センターの設置年月日  （設置している場合に記入） | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | |
| 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」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。  ３　「法人所轄庁」欄は、申請（開設）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。 | | | | | | | | | | |