様式第1号

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　年　　月　　日

　昭和町長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　　　称　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

指　定　申　請　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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、次の |
| 指定介護予防支援事業所 |
| 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　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 | | | | |  | | | |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 | | |  | | | | | | | | フリガナ | | | | | | | | | | | 生年月日 |
| 氏名 | | | | | | | | | | | 年　　月　　日 |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  | |  | | |  |  |  |  | |  | | |  |  | （既に指定を受けている場合） | | | | | |

備考

　１　「受付番号」及び「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、申請者が法人である場合には、社会福祉法人、医療法人、一般社団法人、公益社団法人、一般財団法人、公益財団法人、株式会社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は、その主務官庁の名称を記載してください。