

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

指定居宅介護支援事業所 指定申請書

年 月 日

関ヶ原町長 様

所在地

名称

代表者職氏名



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 |
| 事業所 | 代表者の住所 | (郵便番号) | | | |
| | | (ビルの名称等) | | | |
| | 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 | | | | | |
| 既に指定等を受けている事業等の指定年月日 | | | | | |
| 管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | | フリガナ | 生年月日 | 住所及び経歴 | 別紙参照 |
| | | 氏名 | | | |

- 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」「一般社団法人」「公益社団法人」「一般財団法人」「公益社団法人」「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。