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

　　年　　月　　日

　（宛先）もとす広域連合長

所在地

申請者　名　称

代表者氏名

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、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業所番号 | | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 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  氏　　名 | |  | | | | | | 生年月日 | | | | |
|  | | | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該申請に係る事業の開始の予定年月日 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |

備考

１　「受付番号」欄、「介護保険事業所番号」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」「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。