様式第１号（第２条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

年　　月　　日

　吉岡町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　印

指定居宅介護支援事業所指定申請書

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、下記のとおり、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 | (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 | | |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |  | |
| 事業の種類 | 居宅介護支援事業所 | | | | | | | | | | | | | |
| 指定申請をする事業開始年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | | (既に指定又は許可を受けている場合) |
| 医療機関コード等 | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |

（裏面）

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、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「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、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。