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)玉村町長

所在地

申請者　名　称　　　　　　　　　　　　　　印

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、次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 | | | | | | | | | 生年月日 | |
| 氏名 | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ  名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施事業の種類 | | 居宅介護支援事業 | | | | | | | | | | | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | | | | | | | | |  |
| 同一所在地において既に指定を受けている事業の種類・指定年月日 | | 事業の種類 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 指定年月日 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  | （既に指定を受けている場合） | | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | | | | | | | | | |

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」「一般社団法人」「一般財団法人」「公益社団法人」「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、その主務官庁の名称を記載してください。

　４　地域包括支援センターの設置の届出を既に行っている場合において、既に市長に提出している事項に変更がないときは、これらの事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略することができます。