第１号様式（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

　　　（あて先）富士市長

所在地

申請者

名　称　　　　　　　　　印

　　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 | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | （郵便番号　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該申請に係る事業の開始の予定年月日 | | | | | 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」欄及び「事業所所在地市町村番号」欄には、記入しないでください。

　　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入してください。