様式第1号(第2条関係)

申請者

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

　　　　　　　　　　　　指定居宅介護支援事業者　指定申請書

年　　　月　　　日

　　　（宛先）安中市長

所在地

（住所）

名称

（氏名）

　介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業者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 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受ける事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | |
| 指定を申請する事業の事業開始予定年月日 | | | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 既に指定を受けている事業の指定年月日 | | | | | | | | | | | | | 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のみ記入 | | | | |
| 医療機関コード等 | | |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |

注１　「受付番号」欄及び「事業所所在地市町村番号」欄は、記入しないでください。

　２　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合は「社会福祉法人」、「医療法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を、個人である場合は「個人」と記入してください。

　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。

　４　「指定を申請する事業の事業開始予定年月日」欄は、今回申請する事業の開始予定年月日を記入してください。

　５　「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者して指定された年月日を記入してください。

　６　保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合は、そのコードを「医療機関コード等」欄に記入してください。複数のコードを有する場合は、適宜様式を補正して、その全てを記入してください。