様式第１号（第２条関係）

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

指定居宅介護支援事業者指定申請書

年　　月　　日

　東かがわ市長　殿

申請者　住　所

　　　　　　　　　　氏　名印

 法人にあっては、主たる事務所の

所在地、名称及び代表者の氏名

指定居宅介護支援事業者の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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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(開設者)の住所 | （郵便番号　　―　　　） |
| （ビルの名称等） |
| 事　業　所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　―　　　） |
| （ビルの名称等） |
| 当該事業の開始予定日 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （既に指定を受けている場合） |

備考　１　※印の欄には、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に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「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入してください。