別記

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

様式第１号（第２条）

指定居宅介護支援事業者指定申請書

年　　月　　日

（あて先）八街市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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者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 |  |
| 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 |  |
| 事業所等の所在地 |  |
| 当該申請に係る事業の開始の予定年月日 |  |

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」等の別を記載してください。

３　「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合はその主務官庁の名称を、公益社団法人又は公益財団法人である場合は監督を受ける行政庁の名称を記載してください。