

別記

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

(宛先) 富里市長

所在地

申請者 名称

代表者名

印

介護保険法第79条第1項に規定する事業所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				
	代表者の職名・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 -)						
指定を受けようとする事業所	フリガナ							
	事業所の名称							
	事業所の所在地	(郵便番号 -)						
	連絡先	電話番号						FAX番号
	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)			
医療機関コード等								

備考

- 1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄は、記載しないでください。
- 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」「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 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
- 5 「同一所在地において既に指定等を受けている事業の種類・指定年月日」欄は、申請者が既に介護保険法による指定事業者又は介護保険施設として指定されている場合は、その年月日を記載してください。
- 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には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。