

受付番号	
------	--

指定居宅介護支援事業者指定申請書

年 月 日

利根町長 様

申請者 住 所
 (主たる事務所の所在地)
 氏 名 (印)
 (名称及び代表者の氏名)

介護保険法に規定する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。

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)					
	申請者連絡先	電話番号			FAX番号		
	法人の種類別			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	(郵便番号 —)						
	(ビルの名称等)						
指定を受けようとする事業所	フリガナ						
	名 称						
	事業所等の所在地	(郵便番号 —)					
	事業所等連絡先	電話番号			FAX番号		
事業所番号							

- 備考
- 「受付番号」欄及び「事業所所在地市町村番号」欄には、記載しないでください。
 - 「法人の種類別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「公益社団法人」、「公益財団法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。また、申請者が許認可等により設立された法人であるときには、「法人所轄庁」欄に許認可等をした官公署の名称を記載してください。
 - 「介護保険事業所番号」欄には、既に介護保険事業所番号が付されている場合に、その番号を記載してください。複数の番号が付されているときは、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。
 - 関係書類として、申請に係る事業所の種類に応じて介護保険法施行規則第132条に定める事項を記載した書類を添付してください。