|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 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　１　「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。

　　　２　「法人の種別」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。

　　　３　「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。

　　　４　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。