|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |
| 指　定　介　護　予　防　支　援　事　業　所 |

　　年　　月　　日

（提出先）

　大磯町長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 所在地 |
| 名称 |
| 代表者氏名 |

　介護保険法に規定する事業所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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | |
| E-mail | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | (郵便番号　　　－　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等  の所在地 | | (郵便番号　　　－　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該申請書に係る事業の開始の予定日 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | |  |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  | |  | （既に指定を受けている場合） | | |

備考　１「受付番号」及び欄は無記入。

　　　２　付表16を添付してください。