様式第１号（第３条関係）

指定居宅介護支援事業者指定申請書

令和　　年　　月　　日

吉 田 町 長 様

所　在　地

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 申請者　名　　　称

代表者氏名

次のとおり指定を受けたいので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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） |
| 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 | 年　　月　　日 |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　　　　　　） |
| （ビルの名称等） |
| 事業所名 |  |
| 事業所の所在地 | （郵便番号　　　　　　　　） |
| （ビルの名称等） |
| 当該申請に係る事業の開始の予定年月日 | 令和　　年　　月　　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　「事業所所在地市町村番号」欄には、記入しないでください。

　　２　「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「公益社団法人」、「一般財団法人」、「公益財団法人」、「株式会社」、「有限会社」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入してください。

　　４　「管理者の氏名、住所及び経歴」、「運営規程」、「請求に関する事項」、「役員の氏名、生年月日及び住所」、「介護支援専門員、計画作成担当者」が分かる書類を添付してください。