第1号様式(第2条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 指定居宅介護支援事業者  指定介護予防支援事業者 | 指定申請書 |

　　年　　月　　日

　　藤枝市長　　　　宛

所在地

申請者　名称

代表者氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護保険法に規定する | 指定居宅介護支援事業者  指定介護予防支援事業者 | 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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | |
| 代表者の職名及び氏名 | 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) | | | | | | | | | |
| 当該申請に係る事業の開始の予定年月日 | | | | | | | 地域包括支援センターの設置年月日(申請者が地域包括支援センターを設置している場合に記入) | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | |  | | | | (既に指定を受けている場合) | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | |  | | | | | | |

備考

　1　「受付番号」欄には記載しないでください。

　2　「法人の種別」欄には「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「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」欄に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。