様式第１号（第２条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | 受付番号 | | |  | |
| 指定居宅介護支援事業者指定申請書 | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  筑西市長　　様  （申請者）所在地  　名称  代表者名  指定居宅介護支援事業者の指定を受けたいので、介護保険法第７９条第１項の規定により、次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | （〒　　　－　　　）  県　　　　　　　郡市 | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | ＦＡＸ番号 | |  | | | |
| E－mail | |  | | | | | | | | |
| 法人の種別 |  | | | 法人所轄庁 | |  | | | | | |
| 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 | （〒　　　－　　　）  県　　　　　　　郡市 | | | | | | | | | | |
| （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 |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （〒　　　―　　　）  県　　　　　　　郡市 | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | ＦＡＸ番号 | |  | | | |
| E-mail | |  | | | | | | | | |
| 当該申請に係る事業の開始の予定年月日 | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |

備考　⑴　「受付番号」欄には、記入しないでください。

　　　⑵　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」等の別を記入してください。

　　　⑶　「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。