

様式第1号（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

年 月 日

大井町長様

申請者 所在地
 名称
 代表者氏名

印

居宅介護支援事業所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、関係書類を添えて次のとおり申請します。

事業所所在市町村番号	1 4 3 6 2 8
------------	-------------

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・氏名・生年月日	職名		フリガナ氏名	生年月日 年 月 日	
代表者の住所	(郵便番号 -)					
	(ビルの名称等)					
事業所等	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -)				
		(ビルの名称等)				
連絡先	電話番号			FAX番号		
当該申請に係る事業の開始の予定年月日				年 月 日		
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
- 「受付番号」欄には記載しないでください。
 - 「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」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
 - 「法人所轄庁」欄、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。
 - 「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」欄は、事業の開始予定年月日を記載してください。
 - 「介護保険事業所番号」欄は、既に指定を受けている場合のみ記載してください。
 - 「指定を受けている他市町村名」欄には、指定を受けている他市町村名を全て記載してください。