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

　　年　　月　　日

　長洲町長　　　　殿

申請者

所在地

名称及び代表者氏名　　　　　　　　　　㊞

介護保険法の規定により、指定（許可）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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | |  | | | | | |
| 代表者の職名・ | | 職名 | |  | | | | | | | | （フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | （生年月日） |
| 氏名・生年月日 | | （氏名） | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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予定年月日 | | | | | | | | | | | | | | | 既に指定を受けている場合の指定年月日 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | |  | |  | |  | | | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |

備考１　「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

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

４　「既に指定を受けている場合の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。

５　保険医療機関、保健薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。