第１号様式（第２条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

指定介護予防支援事業所　　指定申請書

平成１９年　３月　９日

　　　　椎　葉　村　長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　椎葉村大字下福良１，７６２番地１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　福祉保健課長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称　椎葉村地域包括支援センター　　印

　　　介護保険法に規定する指定介護予防支援事業所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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在地市町村番号 | | |  |
| 申請者 | フ　リ　ガ　ナ  名 　　　　称 | ｼｲﾊﾞｿﾝ ﾁｲｷ ﾎｳｶﾂｼｴﾝ | | | | | | | | | |
| 椎葉村地域包括支援センター | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | （郵便番号８８３－１６０１）  　　　　宮崎県東臼杵郡椎葉村大字下福良１，７６２番地１ | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等）　椎葉村総合保健センター | | | | | | | | | |
| 連 絡 先 | 電話番号 | ０９８２－６８－７５１３ | | | | FAX番号 | | ０９８２－６８－７５１１ | | |
| 法 人 の 種 別 |  | | | 法人所轄庁 | | 椎 葉 村　福祉保健課 | | | | |
| 代表者の職･氏名・生年月日 | 職名 | | 福祉保健課長 | フリガナ | |  | |  | 生　年　月　日 | |
| 氏　　名 | |  | |  |  | |
| 代 表 者 の 住 所 | （郵便番号８８３－１６０１）  　　　　宮崎県東臼杵郡椎葉村大字下福良１，７６２番地１ | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等）　椎葉村総合保健センター | | | | | | | | | |
|  | 事業所等の所在地 | （郵便番号８８３－１６０１）  　　　　宮崎県東臼杵郡椎葉村大字下福良１，７６２番地１ | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等）　椎葉村総合保健センター | | | | | | | | | |
| 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（設置している場合に記入） | | | | | |
| 平成１９年　４月　１日 | | | | | |  | | | | | |

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」「社団法人」「財団法人」等の別を記入してください。

　　３　「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。

　　４　 地域包括支援センターの設置の届出を既に行っている場合において、既に当該市町村長に提出している事項に変更がないときは、これらの事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略させることができる。