

受付番号	
------	--

地域包括支援センター設置の届出書

年 月 日

多治見市長

所在地
届出者
名 称

印

下記のとおり、介護保険法に規定する地域包括支援センターについて、関係書類を添えて届出します。

		事業所所在地市町村番号				
届出者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の 所在地	(〒 -)				
	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・ 氏名・生年月日	職名	フリガナ			生年月日
			氏名			
代表者の住所	(〒 -)					
地域包括支援センタ ーの所在地	(〒 -)					
地域包括支援センター設置の予定年月日			担当する区域			

- 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 「付表」、「届出に係る添付書類一覧」を添付すること。