

受付番号

地域包括支援センター設置届出書

年 月 日

(届出先)
多治見市長

所在地
届出者 名称
代表者氏名

印

介護保険法に規定する地域包括支援センターの設置について、次のとり関係書類を添えて届出します。

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」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1」、「届出に係る添付書類一覧」を添付すること。