

| | |
|------|--|
| 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。