

受付番号	
------	--

指定介護予防支援事業所 指定申請書

年 月 日

(届出先)  
多治見市長

所在地  
事業者 名称  
代表者職氏名 印

介護保険法に規定する指定介護予防支援事業所の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。

申請者	フリガナ						
	名称						
	主たる事務所の所在地	(〒 - ) (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
		メールアドレス					
	法人の種別				法人所轄庁		
	代表者の職、氏名、生年月日	職名		フリガナ氏名		生年月日	
代表者の住所	(〒 - ) (ビルの名称等)						
事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(〒 - ) (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
		メールアドレス					
	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)	様式	
					付表2		

備考

- 「受付番号」欄は記載しないでください。
- 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「(一般・公益)社団法人」「(一般・公益)財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 「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。
- 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することができます。