

様式第 1 号 (第 2 条 関係)

指定居宅介護支援事業者指定申請書

年 月 日

多治見市長

所在地  
 事業者 名称  
 代表者 職氏名

介護保険法に規定する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	職名			フリガナ			生年
			氏名			月 日		
代表者の住所	(〒 - ) (ビルの名称等)							
事業所の名称								
事業所の所在地	(〒 - ) (ビルの名称等)							
当該申請に係る事業の開始の予定年月日								
介護保険事業所番号								(既に指定を受けている場合)
指定を受けている他市町村名								

- 備考 1 「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。
- 2 「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。
- 3 付表を添付してください。