第１号様式(第２条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

指定居宅介護支援事業所　指定申請書

　　年　　月　　日

　　赤穂市長

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 所在地  名称 |

　介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業所に係る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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事務所の  所在地 | (郵便番号　　　―　　　　)  　　　　　　県　　　　　市郡 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | (郵便番号　　　―　　　　)  　　　　　　県　　　　　市郡 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ  名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　　)  　　　　　　県　　　　　市郡 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | | | | | | FAX番号 | | |  | | | | |
| 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 | | | |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 指定を受けている  他市町村名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | | | | | |

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　「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。

　　5　保険医療機関、保健薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。