様式第１号（第２条関係）

指定居宅介護支援事業所　指定申請書

年　　　月　　　日

　　恵那市長　様

（名称）

申請者

（代表者の職・氏名）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | (郵便番号　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | FAX番号 | |  | | |
| E-mail | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事業所名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事業所の  所在地 | (郵便番号　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | FAX番号 |  | | | |
| 当該申請に係る事業の開始予定年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | 事業等の種類 | | | 居宅介護支援 | |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | (既に指定等を受けている場合) | | | | | | |

介護保険法に規定する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。

備考　事業等の種類に対応する付表を添付してください。