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

王寺町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名称及び

代表者職・氏名

介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業者に係る指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  |
| 名　　　称 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ |  |
| 法人の種別 |  | 法人所管轄庁 |  |
| 代表者 | 職・氏名 | 職名 |  | フリガナ |  | 生年月日 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 郵便番号（　　　-　　　　） |
| 事務所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | 郵便番号（　　　‐　　　　） |
| 指定申請する事業 | 事業所の種類 | 実施事業 | 指定の申請をする事業の開始予定年月日 | 既に指定を受けている事業所等の指定の年月日 | 備　　　考 |
| 居宅介護支援事業所 |  |  |  |  |
| 介護保険事業所番号（既に指定を受けている場合） |  |  |