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

指定介護予防支援事業所

年　　月　　日

　(宛先)南アルプス市長

所在地

申請者

名称　　　　　　　　　　　　㊞

指定居宅介護支援事業所

指定介護予防支援事業所

　介護保険法に規定する　　　　　　　　　　　　　に係る指定を受けたいので、次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 | (〒　　　―　　　　)  　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | | | | FAX番号 | |  | | | | | | | | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の職・  氏名・生年月日 | 職名 |  | フリガナ | | |  | | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 氏　　名 | | |  | | | | | | |
| 代表者の住所 | (〒　　　―　　　　)  　　　　　県　　　　　郡 市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | (〒　　　―　　　　)  　南アルプス市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該申請に係る事業の開始の予定年月日 | | | | | 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) | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業者番号  （既に指定又は許可を受けている場合） | | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |
| 医療機関コード等  （保険医療機関として指定を受けている場合） | | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |
| 居宅介護支援事業様式 | | | | | 付表１０ | | | | | | | | | | | | | | |

備考　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で、既に市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させることができる。