　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

　　　たつの市長　様

所在地

申請者

名　称　　　　　　　　　印

　　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | 事業所所在地市町村番号 | | | | | |  | |
| 申　請　者 | ふりがな  名称 | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | （郵便番号　　－　　　　）  　　　　　　県　　　　郡市 | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | | | | ＦＡＸ番号 | |  | | |
| 代表者の職・ 氏名・生年月日 | | 職名 |  | | | | ふりがな | | | | | 生年月日 | |
|  |  | | | | 氏名 | | | | |  | |
| 代表者の住所 | | （郵便番号　　　－　　　　）  　　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | |
| 事業所等 | | ふりがな  名称 |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　）  　　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |  | | | | | |

　備考　「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。