様式第１号（第２条関係）

指定居宅介護支援事業所指定介護予防支援事業所　指定申請書

年　　月　　日

　結城市長　　　　　　　　様

所在地

申請者　名称

代表者職氏名

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、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 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | FAX番号 | |  | | |
| Email | | |  | | | | | | | |
| 代表者の職名・  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 |  | | | | | | | | | | |
| 事業所等の名称 |  | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 事業の種類 | | 指定申請対象事業（該当事業に○） | | | | 指定申請をする事業の開始予定年月日 | | 地域包括支援センターの設置年月日  （設置の場合に記入） | | | 様式 |
| 居宅介護支援事業 | |  | | | |  | |  | | | 付表１ |
| 介護予防支援事業 | |  | | | |  | |  | | | 付表２ |

備考

１　「指定申請対象事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

２　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において、既に結城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することができます。