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

産山村長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　印

　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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在地市町村番号 | | | |  | |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | FAX番号 |  | | |
| e-mailｱﾄﾞﾚｽ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人の種別 |  | | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | | | | |  | | | |
| 代表者の職･氏名・生年月日 | 職名 | | | |  | | | | | フリガナ | | | | | | |  |  | | 生年月日 |
| 氏名 | | | | | | |  |  | | 年　月　日 |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ  名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業の種類 | 居宅介護支援事業 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定申請をする事業等の事業開始予定年月日 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 既に指定等を受けている事業等の種類及び  指定年月日 | | | | | | | | | | | | 種類：  　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  | | (既に指定又は許可を受けている場合) | | | | |
| 医療機関コード等 | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | | | | |

備考 1　「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

2　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「株式会社」等の別を記入してください。

　　 3　「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

4　「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。

　　 5　「既に指定等を受けている事業等」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。

　　 6　保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、当該コードを「医療機関コード等」欄に記してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、当該コードの全てを記載してください。