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

　那珂市長　　様

所在地

申請者　名　称

代表者の職・氏名

　介護保険法に規定する事業者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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主である事務所の所在地 | （〒　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | | |
| 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 | | | |  | | | | | | |
| 代表者の住所 | （〒　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | （〒　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所連絡先 | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種　　類 | | | | | | | | | | | 指定（許可）申請をする事業等（事業開始予定年月日） | | | | | | | | 既に指定等を受けている事業等（指定年月日） | | | 備考 |
| 居宅介護支援 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |  |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  | |  | | |  |  | |  |  |  | |  |  | | （当該事業所が既に指定を受けている場合） | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  | | | | |