様式第１号（第２条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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

　　（宛先）　明日香村長

申請者　所在地

名　　称

代表者の職名・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、下記のとおり、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　　　　―　　　　)  　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | FAX番号 | |  | | | |
| Email |  | | | | | | | |
| 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 | (郵便番号　　　　―　　　　) | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　　―　　　　) | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | FAX番号 | |  | | |
| Email |  | | | | | | | |
| 指定申請をする事業  の開始予定年月日 | |  | | | | | | | | |

備考　　「受付番号」欄には記載しないでください。