

指定居宅介護支援事業所 指定・指定更新申請書

年 月 日

筑後市長 様

所在地

申請者

名称

印

介護保険法に規定する事業所に係る(指定・指定更新)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 (開設) 者	フリガナ					
	法人名称					
	主たる事務所の所在地		(〒 -)			
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種別					
	法人代表者の氏名・職名及び生年月日	フリガナ		職名		
		氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
法人代表者の住所		(〒 -)				
事業所	事業の代表者	氏名等	役職名		氏名	
		住所	(〒 -)			
		(事業の代表者が法人代表者と異なる場合、その理由を記入してください。)				
	フリガナ					
	名称					
	事業所の所在地		(〒 -)			
	連絡先	電話番号		FAX番号		
事業所の種別		居宅介護支援	介護保険事業所番号			
指定申請をする事業の開始予定年月日			年	月	日	
既に指定を受けている事業の指定年月日			年	月	日	
既に指定を受けている事業の有効期間満了日			年	月	日	
役員 の氏名、生年月日及び住所			別紙のとおり			
介護支援専門員の氏名及びその登録番号						
記入担当者名	氏名等	氏名		役職名		
	連絡先	電話番号		FAX番号		

備考

- 1 (指定・指定更新)は該当する方に「○」を記入してください。
- 2 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」又は「(旧)有限会社」等の別を記載してください。
- 3 「指定申請をする事業の開始予定年月日」欄は、新規指定申請の場合に、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。
- 4 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、既に指定等を受けている場合に、該当する欄に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。
- 5 「既に指定を受けている事業の有効期間満了日」欄は、更新申請の場合に、該当する欄に事業の有効期間満了日を記載してください。