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 | 指定申請書 |
| 指定介護予防支援事業所 |

年　　月　　日

　米　原　市　長　　様

所　在　地

申請者　名　　　称

代表者氏名

　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 | （〒　　　―　　　　）　 |
| 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 | （〒　　　―　　　　）　 |
| 事業所等の所在地 | （〒　　　―　　　　）　 |
| 指定を受けようとするサービスの種類 | 　 |
| 当該申請に係る事業の開始の予定年月日 | 　 |

備考　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、既に米原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または書類の提出を省略することができます。