

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

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 殿

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 ー)			
		(ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
	法人の種類別	地方公共団体	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	(郵便番号 ー)				
	(ビルの名称等)				
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	(郵便番号 ー)			
		(ビルの名称等)			
連絡先	電話番号		FAX 番号		
当該申請に係る事業の開始の予定年月日		年 月 日			

- 備考 1 「受付番号」「事業所番号」欄には記載しないでください。
 2 「法人の種類別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」等の別を記入してください。
 3 「法人所轄庁」欄、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。