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(更新)申請書

年　　月　　日

東松島市長　様

所 在 地

申請者　名　　称

代表者名

介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業所に係る指定(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　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所  の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 |  | | | | | FAX番号 | | | | |  | | | | | | | |
| 法人の種別 |  | | 法人所轄庁 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の職名、  氏名及び生年月日 | 職　　名 |  | フリガナ | | | | |  | | | | | | | 生年月日  年　　月　　日 | | | | |
| 氏　　名 | | | | |  | | | | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定（更新）に係る事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の  所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所連絡先 | 電話番号 |  | | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | | | | |
| 当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事務所の  所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所連絡先 | 電話番号 |  | | | | | | | FAX番号 | | | | |  | | | | | |
| 指定申請に係る事業の開始予定年月日 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定更新に係る事業の指定有効期間の満了日 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号（既に指定を受けている場合） | | | | |  |  |  | | | |  |  | | |  | |  |  |  |  |

備考

１　「受付番号」の欄には、記入しないでください。

２　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。

３　「法人所轄庁」欄は、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。

４　別添付表「指定居宅介護支援事業所の指定（更新）に係る記載事項」を併せて提出して下さい。