様式第1号（第2条関係）

指定居宅介護支援事業所指定申請書

年　　月　　日

　日南町長　　　　様

所在地

申請者

名称　　　　　　　　　　印

　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | 事業所所在地市町村番号 | | |  |
| 申請者 | フリガナ  名称 |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　　) | | | | | | | | |
| 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・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　　　―　　　　　) | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | |  | | | | | | | | |
| 当該申請に係る事業の開始の予定年月日 | | | | |  | | | | | |