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

年　　月　　日

　（宛先）　安曇野市長

|  |
| --- |
| 申請者　名称  　　　　代表者の職名・氏名 |

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　　　－　　　　） | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | FAX番号 |  | | |
| Emil | | |  | | | | | | |
| 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　　　－　　　　） | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | |
| 当該申請に係る事業の開始の予定年月日 | | | |  | | | | | | | |

　備考　「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。