

受付番号	
------	--

指定居宅介護支援事業者指定申請書

年 月 日

三股町長 様

所 在 地  
申請者 名 称  
代表者氏名 印

介護保険法第79条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者の指定を、関係書類を添えて申請します。

		※事業所所在市町村番号					
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		
	法人の種別			法人所轄庁			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名			フリガナ		生年月日
					氏 名		年 月 日
代表者の住所	〒（      —      ）						
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所	フリガナ						
	名 称						
	事務所の所在地	〒（      —      ）					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	当該申請に係る事業の開始予定年月日						
	役員の氏名、生年月日及び住所				別紙のとおり		
	誓 約 書				別紙のとおり		
介護支援専門員の氏名及び登録番号				別紙のとおり			
記 入 担 当 者				記入担当者連絡先			

備考1 「受付番号」「※事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。  
2 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」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。

