（様式第１号）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

指定居宅介護支援・指定介護予防支援事業者　　指定申請書

年　　月　　日

　伊賀市長　様

所在地

申請者　　名　　称

代表者名

介護保険法に規定する事業者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 |  |
| 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　　　-　　　　） |
| （ビルの名称等） |
| 事　業　所 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 所　在　地 | （郵便番号　　　-　　　　） |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 実施事業 | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | 添付様式 |
| 指定居宅介護支援 |  | 　　年　　月　　日　 | 附表13 |
| 指定介護予防支援 |  | 　　年　　月　　日　 | 附表 |
| 地域包括支援センターの設置年月日（設置している場合に記入） | 　　年　　月　　日　 |
| 同一所在地において行う他の事業 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （既に指定を受けている場合） |
| 指定を受けている都道府県等 |  |
| 記入担当者 |  | 記入担当者連絡先 | (電話) | (FAX) |

　備考

　１　「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。

　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」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。

　４　「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

　５　「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。

　６　地域包括支援センターの設置の届出を既に行っている場合において、既に提出している事項に変更がないときは、これらの事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略することができる。