様式第１号（第２条関係）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | ※受付番号 | |  |
|  | 居宅介護支援事業者指定申請書 | |  | |

年　　月　　日

　　熱海市長　　あて

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 所在地  名　称 |

　　介護保険法第７９条第１項の規定により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 |  | |
| 代表者の職名・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） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | （郵便番号　　－　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業の開始の予定年月日 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | |  |  |  | |  | |  |  |  |  | | |  |  | （既に指定を受けている場合） | | | | |

備考

　　１　※印欄には、記入しないでください。

　　２　「事業の開始の予定年月日」欄は、今回の申請に係る事業の開始の予定年月日を記入してください。

　　３　「介護保険事業所番号」欄は、既に指定を受けている場合に記入してください。