様式第１号（第２条関係）

指定居宅介護支援事業者　指定（更新）申請書

年　　　月　　　日

　中新川広域行政事務組合　管理者　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　称

代表者氏名

介護保険法第46条第１項に規定する事業者に係る指定（更新）を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　）  　　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | | | | | | FAX番号 | | |  | | | |
| 法人の種別 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　－　　　　　）  　　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の  所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　）  　　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | 実施  事業 | | | 指定申請をする事業の事業開始年月日 | | | | | | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | | | | | | 現に受けている指定の有効期間の満了日 | |
| 居宅介護支援事業 | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | |  |  |  | | |  | |  | |  |  |  | | |  |  | |  | | |
| 医療機関コード | | | | | |  | | |  | |  |  |  | | |  |  | |  | | |

備考

１　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」等の別を記載すること。

２　「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すること。

３　保険医療機関、保険薬局又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コードが付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード」欄に記載すること。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載すること。

４　指定を受けようとする事業所の種類に応じ、必要な書類を添付すること。