扶桑町指定居宅介護支援事業所指定（更新）申請書

年　　月　　日

扶桑町長　　　　様

所在地

申請者　名　称

　代表者氏名

　介護保険法に規定する事業所に係る指定（更新）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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　）  県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | FAX番号 |  | |
| 法人種別 |  | | | | | | | | | 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 | | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　）  県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定（更新）を受ける事業所等の所在地及び名称 | | （郵便番号　　　－　　　　）  県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定申請をする事業の　事業開始予定年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | 既に指定を受けている指定の有効期間満了日 | | | 年　　月　　日 |
| 介護保険事業所番号 | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | （既に指定を受けている場合） | | | |
| 医療機関コード等 | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | | | |

備考　１　「法人種別」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。

　　　２　「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。

３　保険医療機関、保健薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関

コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してくだ

さい。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。