第１号様式（第２条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

上尾市指定居宅介護支援事業所指定申請書

年　　月　　日

（宛先）

　　　　　　上尾市長

所在地

申請者

　名称

代表者氏名

　介護保険法に規定する居宅介護支援事業所に係る指定を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | |
| E-mail |  | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | |
| 事業所 | | フリガナ  名称 |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 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 | |  | |
| 当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき | | | | | | | |
| フリガナ  名称 |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 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 | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 当該申請に係る事業の開始の予定年月日 |  |

備考　「受付番号」欄には、記載しないでください。