様式１

指定居宅介護支援事業所指定申請書

年　　月　　日

　湯河原町長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申請者 | （名称） |
|  | （代表者の職名・氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、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 |  | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | | ＦＡＸ番号 | |  | | | |
| Email |  | | | | | | | | | |
| 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　　　－　　　　） | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | |
| 事業所の  所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | |
| 事業所連絡先 | 電話番号 | |  | | | | FAX番号 | |  | | |
| Email | |  | | | | | | | | |
| 指定申請をする事業の  開始予定年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |

備考　１　「指定申請をする事業の開始予定年月日」には事業所が指定を希望する年月日を記入してください。

　　　２　付表「指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項」を添付してください。