様式第１号（第２条関係）

受付番号	

指 定 申 請 書

年　月　日

大 村 市 長　　様

所在地

申請者

名　称　　印

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、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

事業所所在地市町村番号	

申請者	フリガナ 名　称				
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
		（ビルの名称等）			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
	法人の種別		法人所轄庁		
	代表者の職名･氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏　名	生年月日
	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				
	事業所等の所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
		（ビルの名称等）			
	事業の種類	実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日		様式
	居宅介護支援				付表１
	介護予防支援				付表２
地域包括支援センターの設置年月日（設置している場合に記入）					

備考　１　「受付番号」及び「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

２　「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」等の別を記載してください。

３　「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。

４　「実施事業」欄は、今回申請するものについて、該当する欄に「○」を記載してください。

５　地域包括支援センターの設置の届出を既に行っている場合において、既に大村市長に提出している事項に変更がないときは、これらの事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略することができます。