

指定居宅介護支援事業所 指定(指定の更新)申請書
 指定介護予防支援事業所

年 月 日

宇治市長 宛て

所在地
 申請者 名称
 代表者氏名 ㊤

介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業所又は指定介護予防支援事業所に係る指定又は指定の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 名称										
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 —)									
		(ビルの名称等)									
	連絡先	電話番号					ファクシミリ 番号				
	法人の種別					法人所轄庁					
	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 —)										
	(ビルの名称等)										
指定を受けようとする 事業所	フリガナ 名称										
	所在地	(郵便番号 —)									
		(ビルの名称等)									
	上記の所在地において行う事業の種類				実施 事業	当該申請に係る事業 の開始予定年月日	既に受けている指定 の有効満了日		様式		
	居宅介護支援										
介護予防支援											
介護保険事業所番号										(既に指定を受けている場合のみ)	
指定を受けている他市町村名											
医療機関コード等											

備考

- 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」等の別を記入してください。
- 「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入してください。