様式第1号(第2条関係)

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

長生村指定介護予防支援事業所指定申請書

年　月　日

　長生村長　様

住所

申請者(所在地)

氏名

(名称及び代表者氏名)

　介護保険法に規定する指定介護予防支援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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | 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・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) | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | (郵便番号　　―　　　)  　　　　県　　　郡市 | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | |
| 当該申請に係る事業の開始の予定年月日 | | | | | | 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) | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | |