**様式第１号（第３条関係）**

**指定居宅介護支援事業者指定申請書**

**年　　月　　日**

**島田市長**

**名称**

**申請者**

**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者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　　　－　　　　）**  **都道　　　　　市区**  **府県　　　　　町村** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **連絡先** | **電話番号** | | | | | | **（内線）** | | | | | | | | | |
| **ＦＡＸ番号** | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Ｅ－ｍａｉｌ** | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **代表者の職名・**  **氏名・生年月日** | **職　　名** | | |  | | | | | | **フリガナ** | | | |  | | |
| **氏　　名** | | | |  | | |
| **生年月日** | | | **年　　月　　日** | | | | | | | | | | | | |
| **代表者の住所** | **（郵便番号　　　－　　　　）**  **都道　　　　　市区**  **府県　　　　　町村** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請** | | | | | | | | | | | | | **□** | | | | |
| **事業開始予定年月日** | | **年　　月　　日** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **介護保険事業所番号** | |  |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |
| **（既に指定又は許可を受けている場合）** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **既に指定を受けている事業の種類** | | **（同一所在地において行っている場合）** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **医療機関コード等** | |  |  |  | |  |  | | |  |  |  | |  | |  |  |
| **（保険医療機関として指定を受けている場合）** | | | | | | | | | | | | | | | |

**備考**

**１　「法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請」欄は、該当する場合にのみチェックをしてください。**

**２　保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。**