

様式第1号(第3条関係)

受付番号	
------	--

介護予防・日常生活支援総合事業サービス事業所 指定申請書

年 月 日

潮来市長 様

所在地

申請者 名称及び代表者氏名

印

介護予防・日常生活支援総合事業サービス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)				
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所	事業所等の所在 地 及 び 名 称	(郵便番号 — ) 県 郡市		(名称)	
	同一所在地において行う事業の種類	実施事業	指定申請をする 事業の事業開始 予定年月日	既に指定を受 けている事業 の指定年月日	様 式
	訪問介護				付表1
	通所介護				付表2
介護保険事業所番号		(既に指定を受けている場合)			
指定を受けている他市町村名					

備考1 「受付番号」「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。