受付番号	

指定居宅介護支援事業所
指定介護予防支援事業所　指定申請書

年　　月　　日

（あて先）
新宮市長

所在地
申請者　名　称
代表者氏名　　㊞

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　　市				
		（ビルの名称）				
	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 氏　名	生年月日	
	代表者の住所	（郵便番号　　－　　） 県　　市				
		（ビルの名称）				
事業所等の所在地		（郵便番号　　－　　） 県　　市				
		（ビルの名称）				
指定を受けようとする事業所の種類						
当該申請に係る事業の開始の予定年月日						

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」等の別を記入してください。
３　「法人所轄庁」欄、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　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させることができる。