別記様式第1号(第2条、第4条関係)

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

指定介護予防支援事業所指定(更新)申請書

年　　月　　日

　(あて先)栃木市長

所在地

申請者

名称

　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(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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | 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　　　　―　　　　　) | | | | | | | | |
| (建物の名称等) | | | | | | | | |
| 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　　　　―　　　　　) | | | | | | | | |
| (建物の名称等) | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | (郵便番号　　　　―　　　　　) | | | | | | | | |
| (建物の名称等) | | | | | | | | |
| 当該申請に係る事業の開始(更新)の予定年月日 | | | | | | 地域包括支援センターの設置年月日 | | | | |
|  | | | | | |  | | | | |

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。