別記様式第１号（第２条、第４条関係）

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

指定居宅介護支援事業所指定（更新）申請書

年　　月　　日

　（宛先）栃木市長

所在地

申請者

名称

　　介護保険法に規定する指定居宅介護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 | | | | |  | | | | | |

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」「一般社団法人」「一般財団法人」等の別を記入してください。

　　３　「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。