別　記

第1号様式(第2条)

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

　　　　　　　　　　　　指定介護予防支援事業所　　　指定申請書

年　　月　　日

　　習志野市長　宛て

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | 事業者所在地市町村番号 | | | |  |
| 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 |  | | |
| 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　　―　　　　)  　　　　　県　　　郡市 | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | (郵便番号　　―　　　　)  　　　　　県　　　郡市 | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | |
| 当該申請に係る事業の開始の予定年月日 | | | | | 地域包括支援センターの設置年月日(設置している場合に記入) | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |