

指定介護予防支援事業所 指定申請書

年 月 日

可児市長 様

申請者 所在地
 名称
 代表者職氏名

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。

申請者	フリガナ 名 称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号) (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
		E m a i l				
	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) (ビルの名称等)					
事業所	フリガナ 名 称					
	所在地	(郵便番号) (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	当該申請に係る事業の開始予定年月日		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)		様式	
年 月 日		年 月 日		付表		

備考 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することができます。