様式第１号（第２条関係）

受付番号

**指定申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　下野市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職・氏名

　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　　　　-　　　　） | | | | | | |
| 連　　絡　　先 | 電話番号 | |  | | FAX番号 |  | |
| Email | |  | | | | |
| 代表者の職・氏名・生 年 月 日 | 職名 |  | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | 生年月日 |
| 氏名 | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　　-　　　　　） | | | | | | |
|  | | | | | | |
| フ　リ　ガ　ナ  事業所の名称 | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | （郵便番号　　　　-　　　　） | | | | | | |
| 当該申請に係る事業の開始の予定年月日 | | | | |  | | | |

添付書類　提出書類一覧のとおり。

備考　「受付番号」の欄には記載しないでください。