第１号様式（第２条関係）

年　　　月　　　日

多摩市長　殿

所在地

申請者　　名称

代表者の職・氏名

多摩市指定居宅介護支援事業者指定申請書

指定居宅介護支援事業者の指定を受けたいので、多摩市指定居宅介護支援事業者の指定等に関する規則第２条第１項の規定により、次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 |  | |
| 法人の種別 |  | | | | | | | | 法人所轄庁 |  | |
| 代表者 | 職名 | |  | | | フリガナ |  | | | 生年月日 | 年　月　日 |
| 氏名 |  | | |
| 住所 | | （郵便番号　　　－　　　） | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | FAX番号 |  | |
| 事業の開始予定年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 介護保険事業者番号 | | |  | | | | | | （当該事業所が既に他のサービスで指定又は許可を受けている場合） | | | |
| 医療機関コード | | |  | | | | | | （保険医療機関として指定を受けている場合） | | | |