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

多摩市指定介護予防支援事業所指定申請書

　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、多摩市指定介護予防支援事業所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 | |  | |
| Email | | |  | | | | | | | |
| 代表者の職・氏名・生年月日 | 職名 |  | | | フリガナ | | | | | | 生年月日 |
| 氏名 | | | | | | 年　月　日 |
| 代表者の 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 | | | | | | 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） | | | | | |
| 年　　　　月　　　　日 | | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | |

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、既に多摩市長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。