

様式第1号(第2条関係)

指定居宅介護支援事業所指定申請書

年 月 日

鳥栖地区広域市町村圏組合管理者 様

所在地
 申請者 名称
 代表者職名
 代表者氏名

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 -) 県 郡市					
	連絡先	電話番号				FAX番号	
		Email					
	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 -) 県 郡市						
指定を受けようとする事業所の種類				指定申請をする事業の開始予定年月日		様式	
居宅介護支援事業						付表10	
介護保険事業者番号					(既に指定又は許可を受けている場合)	