

第1号様式（第3条関係）

受付番号	
------	--

鈴鹿亀山地区広域連合  
指定居宅介護支援事業所 指定（更新）申請書

年 月 日

（宛先）鈴鹿亀山地区広域連合長

所在地  
申請者 名称 印

介護保険法に規定する事業所に係る指定（更新）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。

事業所所在市町村番号	
------------	--

申請者	フリガナ				
	名称				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡市			
		(ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	法人の種別		法人所轄庁		
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ		生年月日	
		氏名			
代表者の住所	(郵便番号 ー ) 県 郡市				
事業所名称	フリガナ				
	名称				
	事業所等の所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡市			
	指定申請をする事業の開始予定年月日	年 月 日			
介護保険事業所番号		(既に指定を受けている場合又は更新を受けようとする事業所番号を記入)			
	既に指定を受けている事業の指定年月日	年 月 日			
	現に指定を受けている事業の有効期間満了日	年 月 日			
	更新年月日（有効期間満了日の翌日を記入）	年 月 日			
申請書の作成担当者 氏名・電話番号・FAX番号	TEL		FAX		

- 備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
  - 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
  - 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
  - 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。