

指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所
指定居宅介護支援事業所
指定介護予防支援事業所

年 月 日

所在地

代表者職名・氏名

[illegible]

申請者	フリガナ 名称														
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村													
	連絡先	電話番号	(内線)					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						
事業所	代表者の住所	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村													
	事業等の種類						介護保険事業所番号								
	指定有効期間満了日														
	フリガナ 名称														
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村													
所	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき														
	フリガナ 名称														
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村													
管理者	フリガナ 氏名						生年月日								
	住所	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村													

備考	1 「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。 2 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。 3 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。 4 「当該事業所の所在地以外場所」に当該事業所の一部として使用される事務所を有するときの対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。
----	---