

第1号様式の2（第2条関係）

受付番号	
------	--

介護予防・日常生活支援総合事業指定申請書

年 月 日

(宛先) 江別市長

主たる事務所の所在地
 申請者 名 称
 代 表 者 氏 名 ㊟

介護保険法に規定する指定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。

		事業所所在地市町村番号				
申 請 者	フリガナ 名 称					
	主たる事務所の 所 在 地	(郵便番号 -) (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 氏 名	生年月日	
	代表者の住所	(郵便番号 -) (ビルの名称等)				
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設	事業所等の所在地	(郵便番号 -) (ビルの名称等)				
	同一所在地において行う事業の種類	実施 事業	指定申請をする 事業の事業開始 予 定 年 月 日	既に指定を受け ている事業の 指 定 年 月 日		
	訪問型サービス		年 月 日	年 月 日		
	通所型サービス		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)	
医 療 機 関 コ ー ド						