

受付番号	
	年 月 日

あきる野市長 殿

所在地
申請者名称
代表者名



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、関係書類を添えて次のとおり申請します。

		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	(〒 -)				
		(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 年 月 日	
	代表者の住所	(〒 -)				
	事業所等の所在地	(〒 -)				
	事業開始予定年月日			年	月	日
地域包括支援センターの設置年月日 (設置している場合のみ)			年	月	日	

備考

- 1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には、記入しないでください。
- 2 「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。
- 3 「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入してください。

受付番号	
------	--

指定申請に係る添付書類一覧

主たる事業所の名称	
-----------	--

番号	添付書類	該当欄	備考
1	申請者の登記事項証明書又は条例等		
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表		
3	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所		
4	事業所の平面図		
5	運営規程		
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要		
7	関係市町村及び他の保険医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容		
8	介護保険法第115条の22第22第2項各号に該当しないことを誓約する書面		
9	介護支援専門員の氏名及びその登録番号		
10	介護支援専門員の介護支援専門証の写し		

備考

- 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 2 該当欄に○印を記入してください。