

指定申請書

年 月 日

（宛先）幸田町長

申請者 所在地

名称

代表者

印

- 介護保険法第78条の2第1項の規定による指定地域密着型サービス事業者の指定
  - 介護保険法第79条第1項の規定による指定居宅介護支援事業者の指定
  - 介護保険法第115条の12第1項の規定による指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定
  - 介護保険法第115条の22第1項の規定による指定介護予防支援事業者の指定
- を受けたいので、次のとおり申請します。

法人の種別及び 所轄庁	種別	所轄庁
法人の連絡先	所在地	
	電話番号	FAX番号
	電子メール	
指定を受けよう とする事業所又 は施設	ふりがな 名称	
	所在地	
	電話番号	FAX番号
	電子メール	
代表者	ふりがな 氏名	職名 生年月日
	住所	
指定を受けよう とする事業	種類	
	開始予定年月日	
既に指定等を受 けている事業	種類	
	指定等年月日	
	介護保険事業所番号	
	その他の事業 有（別紙一覧のとおり） ・ 無	
医療機関等の区 分及びコード	区分	コード

備考 介護保険法施行規則の規定に従い、必要事項を記載した書類を添付すること。