

様式第1号（第2条関係）

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	F A X 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	F A X 番号
	電子メール	
代表者	ふりがな 氏 名	職名 生年月日
	住 所	
	種 類	
指定を受けよう とする事業	開始予定年月日	
	種 類	
既に指定等を受 けている事業	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	
	種 類	
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。