

別 記  
第1号様式（第2条）

指定居宅介護支援事業所指定申請書

年 月 日

横芝光町長 様

申請者 所在地  
名 称



介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ名	-----			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー )			
	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・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 ー )				
指定を受けようとする事業等の種類	事業所等の所在地	(郵便番号 ー )			
	同一所在地において行う事業等又は既に指定等を受けている事業等の種類	実施事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	既に指定等を受けている事業等の指定(許可)年月日	
	指定居宅サービス	訪問介護			
		訪問入浴介護			
		訪問看護			
		訪問リハビリテーション			
		居宅療養管理指導			
		通所介護			
		通所リハビリテーション			
		短期入所生活介護			
		短期入所療養介護			
		特定施設入居者生活介護			
	福祉用具貸与				
	特定福祉用具販売				
	居宅介護支援				
	施設	介護老人福祉施設			
		介護老人保健施設			
	指定介護予防サービス	介護予防訪問介護			
		介護予防訪問入浴介護			
		介護予防訪問看護			
介護予防訪問リハビリテーション					
介護予防居宅療養管理指導					
介護予防通所介護					
介護予防通所リハビリテーション					
介護予防短期入所生活介護					
介護予防短期入所療養介護					
介護予防特定施設入居者生活介護					
介護予防福祉用具貸与					
特定介護予防福祉用具販売					
既に受けている指定等の介護保険事業所番号					
医療機関コード等					

備考 町長が別に定める書類を添付してください。