様式第１号（第２条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

南阿蘇村指定居宅介護支援事業者指定申請書

年　　月　　日

　南阿蘇村長　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | 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　　　―　　　　）  　　　　　　県　　　　郡市 | | | | | | | |
| （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・氏名・生年月日 | 職名 |  | フリガナ | | | | 生年月日 | |
| 氏名 | | | | 年　　月　　日 | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　―　　　　）  　　　　　　県　　　　郡市 | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | （郵便番号　　　―　　　　）  　　　　　　県　　　　郡市 | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | |
| 当該申請に係る事業の開始の予定年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | |

備考

　１　「受付番号」及び「事業所所在地市町村番号」欄は，記入しないでください。

　２　「法人の種別」欄は，「社会福祉法人」，「医療法人」，「社団法人」，「財団法人」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は，その主務官庁の名称を記入してください。