

年 月 日

身延町長 様

(申請者)
所在地
名 称
代表者名

印

指定特定相談支援事業者指定申請書

指定特定相談支援事業者の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 (設置者)	フリガナ												
	名 称												
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —) 県 郡・市											
	法人である場合その種別						法人所轄庁						
	連絡先	電話番号						FAX番号					
	代表者の職・氏名	職 名					フリガナ						
							氏 名						
代表者の住所	(郵便番号 —) 県 郡・市												
申請 する 事業 所	フリガナ												
	名 称												
	事業所の所在地	(郵便番号 —) 県 郡・市											
	事業開始予定年月日	年 月 日											
既に障害児支援事業の指定を受けている場合は記載してください。													
事業所番号										指定年月日			
既に地域相談支援事業(地域移行支援)の指定を受けている場合は記載してください。													
事業所番号										指定年月日			
既に地域相談支援事業(地域定着支援)の指定を受けている場合は記載してください。													
事業所番号										指定年月日			
介護保険法の居宅介護支援事業の指定を受けている場合は記載してください。													
事業所番号										指定年月日			
介護保険法の介護予防支援事業の指定を受けている場合は記載してください。													
事業所番号										指定年月日			

(備考)

- 1 「法人である場合その種別」欄には、「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」等の別を記載してください。
- 2 「法人所轄庁」欄には、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載してください。