

受付番号

指定市町村事務受託法人 指定申請書

年 月 日

知事 殿

所在地
申請者
名称

介護保険法に規定する指定市町村事務受託法人に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事務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 -) 都道府県 市区		
		(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 氏名	生年月日
指定を受けようとする事務所	代表者の住所	(郵便番号 -) 都道府県 市区		
		(ビルの名称等)		
指定を受けようとする事務所	事務所の所在地	(郵便番号 -) 都道府県 市区		
		(ビルの名称等)		
指定を受けようとする事務所	事務所連絡先	電話番号	FAX番号	
	指定を受けようとする事務		法第二十四条の二第一項第一号に規定する事務(照会等事務)	
			法第二十四条の二第一項第二号に規定する事務(要介護認定調査事務)	
居宅サービス	既に指定等を受けている事業等の種類		実施事業	既に指定等を受けている事業等の指定(許可)年月日
	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			
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護		
認知症対応型通所介護				
小規模多機能型居宅介護				
認知症対応型共同生活介護				
地域密着型特定施設入居者生活介護				
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			