第24号様式の3

介護保険指定特別給付事業者指定申請書

年　　月　　日

　(あて先)名古屋市長

申請者　住所

氏名

|  |  |
| --- | --- |
|  | 法人の場合は、所在地、名称及び代表者氏名 |

　次のとおり介護保険指定特別給付事業者の指定を受けたいので申請します。

1　指定を受けようとする事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所の所在地 |  |
| 連絡先 |  |
| 事業開始予定年月日 |  |

2　その他

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者の氏名 |  |
| サービス利用者の推計数 |  |
| 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 |  |
| 従業者の勤務の体制及び勤務形態 |  |
| サービスの実施地域 |  |
| 配食の方法 |  |
| 事故発生時等の対応方法 |  |

備考　用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。