

郵送の場合記入すること	担当者指名	
	電話	
	FAX	

※受付番号

指 定 申 請 書

年 月 日

(宛先)名古屋市長

申請者 所在地
 名称
 代表者の職・氏名
 (法人以外の場合にあっては、)
 住所及び氏名



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。

なお、名古屋市 予防専門型訪問サービス 生活支援型訪問サービス 予防専門型通所サービス ミニデイ型通所サービス 運動型通所サービス 自立支援型配食サービス の人員、設備及び運営に関する基準を定める要領を満たしていること及び名古屋市暴力団排除条例(平成24年名古屋市長令第19号)第2条第1号に規定する暴力団を利用することとならないよう事業運営することを誓います。

※事業所所在地市町村番号

申 請 者	フリガナ 名 称					
	主 務 所 の 所 在 地 (郵便番号 ー)					
	連 絡 先 電 話 番 号			F A X 番 号		
	法人の種類別	法人所轄庁				
者	代表者の職名・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 所	フリガナ 事 業 所 の 名 称					
	事 業 所 の 所 在 地 (郵便番号 ー)					
	連 絡 先 電 話 番 号			F A X 番 号		
	事業等の種類	指定等を受けようとする事業等	事業開始 予定年月日	既に指定等を受けている事業等		
				指定等年月日	介護保険事業所番号	
	第1号訪問事業	予 防 専 門 型 訪 問 サ ー ビ ス				
		生 活 支 援 型 訪 問 サ ー ビ ス				
	第1号通所事業	予 防 専 門 型 通 所 サ ー ビ ス				
		ミ ニ デ イ 型 通 所 サ ー ビ ス				
		運 動 型 通 所 サ ー ビ ス				
第1号生活支援事業	自 立 支 援 型 配 食 サ ー ビ ス					