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

指定都道府県事務受託法人指定申請書

年　　月　　日

　　　神奈川県知事殿住　所氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

申請者　住　所

氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

　　介護保険法に規定する指定都道府県事務受託法人に係る指定を受けたいので、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 | （〒　　　―　　　　） | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | | ＦＡＸ番号 | |  | |
| 法人の種別 |  | | | | 法人の所轄庁 | | |  | | | |
| 代表者の役職名・氏名・生年月日 | 役職名 |  | | | | フリガナ |  | | | | |
| 氏名 | （生年月日　　　　年　　月　　日） | | | | |
| 代表者の住所 | （〒　　　―　　　　） | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事務所 | 事務所の所在地 | （〒　　　―　　　　） | | | | | | | | | | |
| 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24条の３第１項第１号に規定する事務（質問等事務） | | | | | | | | 開始予定年月日 |
|  |
| 法第24条の３第１項第２号に規定する事務 | | | | | | | | 開始予定年月日 |
|  |

　備考　１　※印欄には、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」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。

　　　　３　「法人の所轄庁」欄は、当該法人に法人格を付与した行政庁（大臣、都道府県知事等）がある場合には、その名称を記入してください。

　　　　４　「指定を受けようとする事務」欄は、今回申請するものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

　　　　５　申請に当たっては、付表を添付してください。