

(宛先) 野田市長

所在地
申請者 名称
代表者

基準該当居宅サービス事業所等 登録申請書
基準該当居宅介護支援事業所等

次のとおり基準該当居宅サービス事業所等又は基準該当居宅介護支援事業所等に係る登録を受けないので、関係書類を添えて申請します。

申請者	ふりがな 名称							
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 -)						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
		E m a i l						
	法人の種類別					法人所轄庁		
	代表者の職名、 氏名及び生年月 日	職名				生 年 月 日	年 月 日	
ふりがな 氏名								
代表者の住所	(郵便番号 -)							
事業所	ふりがな 名称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	同一所在地にお いて行う事業等 の種類	実施事業	当該申請に係る事業の 開始の予定年月日		既に登録を受けてい る事業の開始年月日		様式	
	訪問介護						付表1	
	訪問入浴介護						付表2	
	通所介護						付表3	
	短期入所生活介 護						付表4	
	福祉用具貸与						付表5	
	居宅介護支援						付表6	
	介護予防訪問入 浴介護						付表2	
	介護予防短期入 所生活介護						付表4	
	介護予防福祉用 具貸与						付表5	
介護予防支援						付表6		
基準該当事業所番号								
登録を受けている市区町村								
介護保険事業所番号								
既に指定等を受けている事業								
医療機関コード等								
備考								