

長岡京市介護予防・日常生活支援総合事業(第1号事業) 指定申請書

年 月 日

長岡京市長 (名称) **長岡京社会福祉株式会社**
申請者 (代表者の職名・氏名) **代表取締役 長岡京 太郎**

介護保険 申請者=法人です。
ここは法人の情報を記入してください。 下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ	ナガオカキョウシャカイフクシカブシカイシャ												
	名称	長岡京社会福祉株式会社												
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 617 - 0000) 京都府長岡京市開田〇〇												
	連絡先	電話番号	075-0000-0000			FAX番号	075-0000-0000							
		Email												
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ	ナガオカキョウ タロウ	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日							
	氏名	長岡京 太郎												
	代表者の住所	(郵便番号 617 - 9999) 京都府長岡京市												
指定事業を受けようとする種類	同一所在地において行う事業等の種類		指定申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定を受けている事業等(該当事業に○)	指定申請をする事業等の開始予定年月日	様式								
	第1号事業	介護予防訪問介護	実施する事業に○してください。				付表1							
		介護予防通所介護相当サービス	○			令和〇年〇月〇日	付表2							
介護保険事業所番号		2	6	9	9	9	9	9	9	9	9	(既に指定)	事業開始予定日を記入してください。	

備考 「指定申請対象事業等」「既に指定を受けている事業等」欄は、該当