（様式第１号）

記入例

受付番号	

基準該当介護予防支援登録申出書

年　　月　　日

豊中市長　様

所在地　○○県○○市○○町１－１－１
申出者　社会福祉法人　○○○会
名　称　理事長　豊中　太郎　㊞

基準該当介護予防支援事業所として登録を受けたいので、下記のとおり申出します。

事業所所在地市町村番号	

申出者	フリガナ 法人名称	シャカイフクシホウジン　○○カイ 社会福祉法人　○○○会			
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　－　　）　法人の登録(届出)住所地を記入 県　　郡市			
		（ビルの名称等）			
		電話番号	(06)１２３４－５６７８	FAX 番号	(06)１２３４－５６７８
	法人の種別	社会福祉法人	法人所轄庁	厚生労働省	
	代表者の職名･氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ　トヨナカ　タロウ 氏名　豊中　太郎	生年月日 S20.10.10 生
	代表者の住　所	（郵便番号　　－　　）　代表者の自宅住所を記入 県　　郡市			
事業所	フリガナ 名　称	○○○チイキホウカツシエンセンター ○○○地域包括支援センター			
	所在地	（郵便番号　　－　　）　地域包括支援センターの住所を記入 県　　郡市			
		（ビルの名称等）			
		電話番号	(06)9876-5432	FAX 番号	(06)9876-5432
	管理者	氏　名	豊中　花子	生年月日	S30.3.3 生
		住　所	（郵便番号　　－　　）　管理者の自宅住所を記入 県　　郡市		

当該申出に係る事業の開始の予定年月日	地域包括支援センターの設置年月日
平成 18 年 10 月 1 日 当市の被保険者に対する予防支援業務を開始する日	平成 18 年 4 月 1 日

［備　考］

１．「受付番号」欄には記載しないでください。
２．「法人の種別」欄には、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」等の別を記入してください。
３．「法人所轄庁」には、申出者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
４．所在地の市町村が発行した指定通知書の写しを添付してください。