

受付番号	
------	--

地域包括支援センター設置の届出書

年 月 日

市町村長 殿

所在地
届出者
名 称

印

下記のとおり、介護保険法に規定する地域包括支援センターについて、関係書類を添えて届出します。

		事業所所在地市町村番号		
届出者	フリガナ 名称	-----		
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 -) 県 都市		
		(ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号		FAX 番号
	法人の種別		法人所轄庁	
	代表者の職・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 -) 県 都市		
(ビルの名称等)				
地域包括支援センター の所在地	(郵便番号 -) 県 都市			
	(ビルの名称等)			
地域包括支援センター設置の予定年月日		担当する区域		

- 備考 1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
 2 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「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」欄、申請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。