様式第１号（第２条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

年　　月　　日

名護市長

所在地

届出者　名　称

代表者名　　　　　　　　　　　　印

地域包括支援センター設置届出書

　介護保険法第115条の46第３項の規定により、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | | |  | | | | | FAX番号 | | | |  | | |
| 法人の種別 | | |  | | | | | | | | 法人所管庁 | | | |  | | |
| 代表者の職・  氏名・生年月日 | | | 職名 | |  | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条文 | | | | | | | | | | | | | 第　　条第　　項第　　号 | | | | | |
| 地域包括支援センターの設置の予定年月日 | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 担当圏域 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 開設日 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 開設時間 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職員の職種・  員数（人） | | 保健師 | | | 社会福祉士 | | | | | 主任介護支援専門員 | | | | 介護支援専門員(指定介護予防支援事業所) | | | その他の職員 | |
| 専従 | 兼務 | | 専従 | | | 兼務 | | 専従 | 兼務 | | | 専従 | 兼務 | | 専従 | 兼務 |
| 常　勤（人） | |  |  | |  | | |  | |  |  | | |  |  | |  |  |
| 非常勤（人） | |  |  | |  | | |  | |  |  | | |  |  | |  |  |

備考

１　「法人の種別」は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」等の別を記載して

下さい。

２「法人所管庁」は、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下さい。