

※受付番号	
※指定市町村番号	

指定申請書

平成19年9月1日

(申請先)

(申請者)

所在地

名称

代表者氏名 印

に規定する
に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者（設置者）	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地		〒	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください		
	連絡先		電話番号		FAX番号	
	法人の種類				法人所轄庁	
	代表者	役職				
		氏名				
		住所	〒	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください		
指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	フリガナ					
	名称					
	事業所（施設）の所在地		〒	※事業所（施設）所在地市町村番号		※級地区分
	事業等の種類					
			指定申請をする事業等の事業開始予定年月日		付表	備考
	主たる事業所名称					
	同一の法律において既に指定を受けている場合	サービスの種類			事業所番号	
		事業所名称				
	指定有効開始年月日			指定有効終了年月日		
指定更新申請中区分	○ 有 ● 無		地域生活支援拠点等区分	○ 該当 ● 非該当		
効力停止開始年月			効力停止終了年月日			
事業変更年月日						

(備考)

- 「※」のついた欄には記載しないでください。
- 「法人の種類」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「営利法人」等の別を記載してください。
- 「法人所轄庁」欄には、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ください。
- 「指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類」欄には、今回申請をするものについて必要事項を記載してください。
- 「同一の法律において既に指定を受けている場合」欄には、神奈川県において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所に関する事項を記載してください。複数の番号を有する場合には、そのうちの一つのみを記載してください。

口座振込（変更）依頼書（兼 受領委任状）

神奈川県国民健康保険団体連合会理事長 殿

以下の口座に、次に掲げる介護給付費等の振込を依頼します。

令和		年		月		日
----	--	---	--	---	--	---

申請者（債権者）	法人名称（開設者）											届出印
	郵便番号	〒				-						
	事業所所在地											
	代表者氏名											
	事業所名称											
	事業所番号											☎連絡先電話番号
	対象事業名											

振込先	金融機関名											金融機関コード			
	支店名											支店コード			
	口座番号											預金種目	● 普通	○ 当座	
	口座名義人	フリカゝナ													
	氏名														

受領委任状	申請者（債権者）は、口座名義人（受任者）に、上記介護給付費等の受領に関する一切の権限を委任します。												
	令和 年 月 日												
	委任者											印	

※振込エラー防止のためどちらか一方にチェックをお願いします。
☐ 取扱金融機関の確認を以下に明記します。 ☐ 2枚目に通帳のコピーを添付します。

金融機関記載欄	上記口座が存在することを確認しました。												
	金融機関名												
	確認年月日											Ⓜ	

【振込先金融機関 通帳の写し添付様式】

令和		年		月		日
----	--	---	--	---	--	---

事業所名	
------	--

※振込先金融機関の通帳の表面の名義人名の写し

こちらに通帳の表面の写しを貼ってください。

※振込先金融機関の通帳の名義人名カタカナの写し

こちらにカタカナ部分の写しを貼ってください。