第１号様式（第２条第１項）

地域包括支援センターの設置届出書

年　　月　　日

（届出先）

　八戸市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職・氏名

　介護保険法に規定する地域包括支援センターの設置について、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 設　置　者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | （〒　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | | | | | FAX番号 | | |  | | | | |
| 法人の種別 | |  | | | | | 法人の所管庁 | | | | |  | | | | | |
| 代表者の職･  氏名･生年月日 | | 職名 |  | | | | フリガナ | | | | | | | | 生年月日 | | |
| 氏　名 | | | | | | | |  | | |
| 代表者の住所 | | （〒　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域包括支援センター | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | （〒　　　　－　　　　　）  八戸市 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | |  | | | | FAX番号 | | | |  | | | | |
| 当該事業の実地について定めてある定款・寄付行為等の条文 | | | | | | | | | | | | | 第　条 第　項 第　号 | | | | |
| 地域包括支援センターの設置年月日 | | | | | | | | 担当する区域 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 職員の職種・員数 | | | | | 保健師 | | | | 社会福祉士 | | | | | 主任  介護支援専門員 | | | その他の職員  （事務職員等） | |
| 専従 | | 兼務 | | 専従 | | | 兼務 | | 専従 | 兼務 | | 専従 | 兼務 |
|  | | 常勤（人） | | |  | |  | |  | | |  | |  |  | |  |  |
| 非常勤（人） | | |  | |  | |  | | |  | |  |  | |  |  |
| 営業日 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | |

（注意）　１　「法人の種別」欄は、社会福祉法人、医療法人、一般社団法人、一般財団法人等の別を記入してください。

　　　　　２　「法人の所管庁」欄は、当該法人に法人格を付与した行政庁（大臣、都道府県知事等）がある場合には、その名称を記入してください。

　　　　　３　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別に記載した書類を添付してください。