

【指定居宅介護支援事業者の指定票】

※太枠内、必ず記入願います。

お申込日: 年 月 日

貴社名			
所在地	〒0000-0000		
ご担当者	電話番号		
	FAX番号		
メールアドレス			
希望タイプ	パネルタイプ 本体価格:税込 12,000	額縁タイプ 本体価格:税込 ¥15,000	
※送料は無料です。お支払い方法は、宅急便コレクト(代金引換+手数料)となっております。			
希望書体	角ゴシック	丸ゴシック	明朝体

●必要事項をご記入ください

省略せずご記入下さい。小さくて書きづらい場合、別紙ご記入でもお受けできます。上部注文書は本紙をご利用ください。

指定居宅介護支援事業者の指定票			
事業所名			事業所番号
所在地			通常の事業実施地域
管理者			従業員の員数
営業日	曜日～ 曜日	営業時間	
利用料	法定代理受領分	介護報酬上の告示額	
	法定代理受領分以外	同上	
サービスの種類	居宅介護支援事業		