|  |
| --- |
| 指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所指定更新申請書 |

年 月 日

下田市長　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 所在地  名 称 印  代表者 |

介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | 事業所所在市町村番号 | | | | | | | | | | | ２２２１９０ | | | | |
| 申請者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | | （郵便番号　　　　　－　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | | | |  | | | |
| 法人の種別 | |  | | | | | | | 法人所轄庁 | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 代表者の職名・  氏名・生年月日 | | 職名 | |  | | | | | フリガナ | | | | | |  | | | | | | | | | 生年月日 | | |
| 氏名 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | | （郵便番号　　　　　－　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | （郵便番号　　　　　－　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | 指定事業 | | | | | 指定年月日 | | | | | | | 更新事業 | 様式 |
| 地域密着型サービス | 夜間対応型訪問介護 | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | 付表１ |
| 認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | 付表２ |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | 付表３ |
| 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | 付表４ |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | 付表５ |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | 付表６ |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | 付表７ |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | 付表８ |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | 付表９ |
| 地域密着型  介護予防  サービス | 介護予防認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | 付表２ |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | 付表３ |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | 付表４ |
| 更新事業の指定有効期間満了年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | | | | | | |

備考

１　「受付番号」及び「事業所所在市町村番号」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」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。

３ 「法人所轄庁」欄は、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。

４ 「指定事業」欄は、同一所在地において指定を受けて実施している全ての事業について、該当する欄に「○」を記入し、「指定年月日」欄は、当該事業が現在受けている指定の指定年月日を記入してください。

５　「更新事業」欄は、今回更新申請する事業について、該当する欄に「○」を記入してください。