|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

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

指定居宅介護支援事業所

　　年　　月　　日

（宛先）

倉吉市長

所在地

申請者

名　称

介護保険法に規定する事業所に係る指定更新を受けたいので、次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 | | | | | |  | |
| 申　請　者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　　）  　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　－　　　　　　）  　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | |
|
|  | | | | | | | | | | | | |
| 指定更新を受けようとする事業所の種類 | 事業所等の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | 実施  事業 | | 現に受けている指定の  有効期間満了日 | | | 様式 |
| 地域密着型 サービス | 夜間対応型訪問介護 | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 認知症対応型通所介護 | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 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 | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 指定居宅介護支援 | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 誓約書 | | | | | | | 別紙のとおり | | | | | | | | |

備考　１　「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

２　添付資料については、指定申請時の様式を参照してください。