

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**

年 月 日

御 殿 場 市 長 様

所在地
申請者
名 称
印

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、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

申 請 者	フリガナ					
	名 称					
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 -)			
			(ビルの名称等)			
	連絡先		電話番号		FAX番号	
事 業 所 の 種 類	法人の種別		法人所轄庁			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ氏名	生年月日		
	代表者の住所		(郵便番号 -)			
	事業所等の所在地		(郵便番号 -)			
				更新しようとする事業	指定年月日	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
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
更新しようとする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						
指定を受けている他市町村名						
医療機関コード等						

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 今回更新申請をしようとする事業について、「更新しようとする事業」の欄に を記入するとともに、現在の指定年月日を「指定年月日」欄に、当該指定の有効期限満了日を「更新しようとする事業の指定有効期間満了年月日」欄に記入してください。