

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

大泉町長 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。

事業所所在地市町村番号

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		
			(ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	法人の種類		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			更新申請事業	すでに指定を受けている事業の指定年月日
	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
		地域密着型通所介護			付表7
	介護予防	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		
現に受けている指定の有効期間満了日					
指定を受けている他市町村名					
役員の名、生年月日及び住所			別添のとおり		
誓約書			別添のとおり		
介護支援専門員の名及びその登録番号			別添のとおり		

備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

2 「更新申請事業」欄は、今回更新申請するものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

3 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。