（表）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**指定地域密着型サービス事業所**

**指定更新申請書**

**指定地域密着型介護予防サービス事業所**

　　年　　月　　日

千　代　田　区　長　殿

所在地

申請者

名　称

代表者の職・氏名

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在区市町村番号 | | | １３１０１１ |
| 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 | |  | | |
| 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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定更新を受けようと する事業所の種類 | | | □定期巡回・随時対応型訪問介護看護  □夜間対応型訪問介護　　□地域密着型通所介護　　□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  □看護小規模多機能型居宅介護  □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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | | フリガナ  名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | TEL　　　　　　　　　　　　　　　　FAX | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有する時 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ  名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | TEL　　　　　　　　　　　　　　　　FAX | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | |

（裏）

備　考

１　指定更新を受けようとする事業所の種類にチェックしてください。

２　届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」「当該申請に係る地域密着型介護予防サービス費の請求に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「役員の氏名、生年月日及び住所」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて、申請書への記載又は書類の提出を省略できます。