様式－密着更新

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

指定地域密着型(介護予防)サービス事業者

指定更新申請書

平成　年　　月　　日

豊中市長　様

所在地

申請者　　名　称

代表者

介護保険法に規定する指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型介護予防サービス事業者の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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | | | | |  |  | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定の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　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | |  | | 指定の更新  を受けよう  とする事業 | | 既に指定を受け  ている事業の  指定年月日 | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | | 付表１ | | |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | | 付表２ | | |
| 認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | | 付表３ | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | | 付表４ | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | | 付表５ | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | | 付表６ | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | | 付表７ | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | | 付表８ | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | | 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３ | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | | 付表４ | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | | 付表５ | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | |  | | | | | | | | | 事業所所在地市町村番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | |  | |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

このページの提出は不要です。

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「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「営利法人」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「指定の更新を受けようとする事業」欄は、指定の更新を受けようとするものについて、指定の更新を受けようとする事業欄に「○」を記入してください。

５「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。

　　６「現に受けている指定の有効期間満了日」欄は、現に受けている指定地域密着型サービス事業者又は指定地域密着型介護予防サービス事業者に係る有効期間の満了日を記入してください。

７「介護保険事業所番号」欄は、現に受けている指定地域密着型サービス事業者又は指定地域密着型介護予防サービス事業者に係る事業者番号を記入してください。複数の指定を受けている場合には、適宜様式を補正してすべての介護保険事業所番号を記入してください。

８「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして医療機関コード等が付番されている場合に記入してください。複数のコードを有する場合には，適宜様式を補正してすべてのコードを記入してください。