様式第６（第５条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ※　受付番号 |  |

指定地域密着型サービス事業者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

　　年　　月　　日

　　（宛先）津島市長

所在地

申請者　名　称

代表者職氏名

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　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （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 | | | |  | | | | | | | | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | 生年月日 | | |
| 氏 名 | | | | | |
| 代表者の住所 | | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定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　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　の　種　類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 実施  事業 | 指定年月日 | | | 有効期間  満了年月日 | | | 様式 |
| 地域密着型サービス | 夜間対応型訪問介護 | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙１ |
| 認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙２ |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙３ |
| 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙４ |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙５ |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙６ |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙７ |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙８ |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙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 | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙２ |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙３ |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙４ |
| 介護保険事業所番号 | | |  | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  | （既に指定を受けている場合） | | | | | | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注１　※の欄は、記入しないでください。

　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」「株式会社」「有限会社」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入してください。

　４　「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

　５　「指定年月日」欄は、今回指定の更新をする事業所が指定を受けた年月日を記入してください。

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。