様式第５号(第５条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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

　　境町長　　　　　　殿

申請者　　所在地

名称　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　―　　　　)  　　　　県　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　―　　　　)  　　　　県　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 更新事業 | | 既に指定を受けている事業の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 |
| 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 |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | 付表７ |
| 複合型サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | 付表８ |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | 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 |
| 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 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　「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，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　「更新事業」欄は，今回更新申請するものに「○」を記入してください。

　　５　「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指定を受け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，そのすべての医療機関コード等を記入してください。