様式第１号の２（第２条関係）

（表）

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

筑西市長　　　　様

（申請者）名称

代表者名

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、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | | FAX番号 | |  | | |
| E-mail | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人の種別 | | |  | | | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | |  | | | | | |
| 代表者の氏名・職名・生年月日 | | | フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | 職名 | |  | | | |
| 氏名 | | | | |  | | | | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 代表者の住所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | 実施事業 | | 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 |
|  | 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | 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 | | | 0 | | 8 |  |  | | |  |  |  |  | |  |  | (既に指定を受けている場合) | | | | | | |

（裏）

備考　⑴　「受付番号」欄には、記載しないでください。

⑵　「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。

⑶　「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。

⑷　「更新事業」欄は、今回更新申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

⑸　関係書類として、筑西市指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関する規則第2条第2項に記載された書類を添付してください。