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  居宅介護支援事業所 | 指定更新申請書 |

年　　月　　日

　(宛先)箕輪町長

所在地

申請者

名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　介護保険法に規定する事業所に係る指定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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | 事業所所在市町村番号 | | | |  |
| 申請者 | ふりがな | |  | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | ふりがな | | | | | | 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 | 事業所等の所在地 | | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | 実施事業 | | | 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | |
| 地域密着型サービス | 夜間対応型訪問介護 | | | | | |  | | |  | | | |
| 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 | | | | | |  | | |  | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | |  | | |  | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | |  | | |  | | | |
| 通所介護 | | | | | |  | | |  | | | |
| 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 | | | | | |  | | |  | | | |
| 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 | | | | | |  | | |  | | | |
| 居宅介護支援 | | | | | | |  | | |  | | | |
| 介護予防支援 | | | | | | |  | | |  | | | |
| 誓約書 | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | |
| 役員の氏名、生年月日及び住所 | | | | | |
| 介護支援専門員等の氏名及び資格 | | | | | |

備考1　「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄に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載してください。

　　4　「実施事業」欄は、今回更新申請するものについて、該当する欄に「○」を記入してください。