

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
 居宅介護支援事業所

年 月 日

(宛先)箕輪町長

所在地
 申請者
 名称



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 氏名 生年月日	
	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			
	介護予防型	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。