

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

昭島市長 殿

所在地
申請者 名称
代表者の職・氏名

印

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。

申請 (開設) 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)																										
	申請者連絡先	電話番号																			FAX番号							
	法人の種別											法人所轄庁																
	代表者の職・氏名 生年月日	職名											フリガナ											生年月日				
	代表者の住所	(郵便番号 —)																										
指定を受けようとする事業所・施設の種類	フリガナ																											
	名称																											
	事業所等の所在地	(郵便番号 —)																										
	事業所連絡先	電話番号																										
		同一所在地において行う事業等の種類										実施事業	(現に有効な)指定年月日	指定有効期間満了日	添付様式													
		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所者生活介護													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(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													
	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														
	介護保険事業者番号											(当該事業所が既に他のサービスで指定又は許可を受けている場合)																
	地域密着型サービスの指定を受けている他市町村																											
	医療機関コード等																											

* 裏面に記載に関しての備考があります。

備考

- 1 「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」等の別を記入してください。
- 2 「実施事業」欄は、今回の申請に係る事業等の種類に応じ、該当する欄の○を記入してください。
- 3 「指定年月日」欄は現在の指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- 4 「指定有効期間満了日」欄は、現在指定を受けている指定事業者としての指定された期間の有効期間満了日を記載してください。
- 5 指定の更新を受けない場合、指定の効力は失われます。