様式第2号(第4条関係)

指定地域密着型サービス事業者

指定地域密着型介護予防サービス事業者　　指定更新申請書

指定居宅介護支援事業者

年　　月　　日

　津山市長　　　　殿

申請者　所在地

名称　　　　　　　　　　　　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 | |  | | |
| Ｅmail | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | | | 職名 | | |  | | | | | | フリガナ  氏名 | | |  | | | | | | | 生年月日 |
|  | | | | | | |
| 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 | 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | 実施  事業  (該当事業に○) | | | | 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 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 夜間対応型訪問介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 療養通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 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介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 介護保険事業所番号 | | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |  | |  | | | （既に指定を受けている場合） | | | |
| 医療機関コード等 | | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |  | |  | | | （保険医療機関として指定を受けている場合） | | | |

備考

　1　「現に受けている指定の有効期間満了日」欄は，今回申請するものについて，該当する欄に記載してください。

　2　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既に医療機関コード等が付番されている場合には，そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には，適宜様式を補正して，そのすべてを記載してください。

　3　届出事項に変更がないときには，「事業所の名称及び所在地」，「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名，生年月日，住所及び職名」，「現に受けている指定の有効期間満了日」，「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」，「介護支援専門員の氏名及び登録番号」，「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて，申請書への記載又は書類の提出を省略できます。