|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

指定更新申請書

年月日

（申請先）標茶町長

所在地

申請者 名称

代表者氏名

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、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | | 事業所所在地市町村番号 | | | | | | | | | |  | |
| 申請者 | 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） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | |  | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | | |
| 法人の種別 | |  | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | | |  | | | | |
| 個人（法人）番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | | 職名 |  | | | | フリガナ | | | | | | | | | | | 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 | | 備考 |
| 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 | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  |
| 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 | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  |
| 指定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 | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | |

（裏面を参照ください。）

（裏面）

１　「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

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、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、今回申請するものに該当する欄に「○」を記入してください。

５　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。