

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

年 月 日

多治見市長

所在地  
事業者  
名称

代表者職氏名

印

介護保険法第78条の12及び第115条の21において準用する同法第70条の2の規定による指定地域密着型サービス事業者及び地域密着型介護予防サービス事業者の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。

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	
	代表者の職・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 - ) (ビルの名称等)				
指定更新を受けようとする事業の種類	連絡先	電話番号			FAX番号	
	主たる事務所・施設名称					
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 - ) (ビルの名称等)				
	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年月日	現に指定を受けている事業の指定年月日	様式	
	地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護				付表1
		夜間対応型訪問介護				付表2
		地域密着型通所介護				付表3
		認知症対応型通所介護				付表4
		小規模多機能型居宅介護				付表5
		認知症対応型共同生活介護				付表6
地域密着型特定施設入居者生活介護					付表7	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護					付表8	
複合型サービス						
看護小規模多機能型居宅介護					付表9	
予防型地域密着型サービス	介護予防認知症対応型通所介護				付表4	
	介護予防小規模多機能型居宅介護				付表5	
	介護予防認知症対応型共同生活介護				付表6	
介護保険事業所番号	2	1				
指定を受けている他市町村名						
医療機関コード等						

備考 1 「受付番号」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」「（一般・公益）社団法人」「（一般・公益）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、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。  
 5 「現に受けている指定の有効期間満了年月日」欄は、現在受けている指定の有効期間が満了する年月日を記載してください。  
 6 「現に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による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。