

受付番号

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

千歳市長 様

所在地
申請者 名称
代表者氏名 印

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、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	フリガナ 名称			
	主たる事務所の所在地	(〒) (ビル等の名称)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	法人の種類別	法人所轄庁		
	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	(〒) (ビル等の名称)		
指定の更新を受けようとする事業所の種類	フリガナ 名称			
	事業所の所在地	(〒) (ビル等の名称)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき			
	フリガナ 名称			
	事業所の所在地	(〒) (ビル等の名称)		
	連絡先	電話番号	FAX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				
サ介護地域密着予防型	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			
介護保険事業所番号				
当該申請に係る事業に係る地域密着型介護サービス費の請求に関する事項			別添のとおり	
役員の氏名、生年月日及び住所			別添のとおり	
誓約書			別添のとおり	
介護支援専門員の氏名及びその登録番号			別添のとおり	

備考

- 「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。
- 「法人の種類別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 「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。
- 「実施事業」欄は、今回指定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。
- 「現に受けている指定の有効期間満了日」欄は、該当する欄に事業の有効期間満了日を記載してください。