

受付番号

指定居宅介護支援事業者指定更新申請書

年 月 日

取手市長 殿

申請者 住 所
 (主たる事務所の所在地)
 氏 名
 (名称及び代表者の氏名)

介護保険法に規定する事業者の指定の更新を受けたいので、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 —) 都道 郡市 府県 区 ----- (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	職 名		フリガナ 氏 名
代表者の住所	(郵便番号 —) 都道 郡市 府県 区 ----- (ビルの名称等)			
指定の更新を受けようとする事業・施設	フリガナ			
	名 称			
	事業所等の所在地	(郵便番号 —) ----- (ビルの名称等)		
	事業所等の連絡先	電話番号		FAX番号
	更新を受けようとする事業又は施設の種類の種類	更新事業 又は更新 施設	既に指定(許可)を受けている事業等の 指定(許可)の有効期間満了年月日	備 考
	訪問介護	/		付表1
	訪問入浴介護	/		付表2
	訪問看護	/		付表3
	訪問リハビリテーション	/		付表4
	居宅療養管理指導	/		付表5
	通所介護	/		付表6
	通所リハビリテーション	/		付表7
	短期入所生活介護	/		付表8
短期入所療養介護	/		付表9	
特定施設入居者生活介護	/		付表10	
福祉用具貸与	/		付表11	
特定福祉用具販売	/		付表12	
居宅介護支援			付表13	

施設	介護老人福祉施設		付表14
	介護老人保健施設		付表15
	介護療養型医療施設		付表16
介護予防サービス	介護予防訪問介護		付表1
	介護予防訪問入浴介護		付表2
	介護予防訪問看護		付表3
	介護予防訪問リハビリテーション		付表4
	介護予防居宅療養管理指導		付表5
	介護予防通所介護		付表6
	介護予防通所リハビリテーション		付表7
	介護予防短期入所生活介護		付表8
	介護予防短期入所療養介護		付表9
	介護予防特定施設入居者生活介護		付表10
	介護予防福祉用具貸与		付表11
	特定介護予防福祉用具販売		付表12

備考

- (1) 「受付番号」欄及び「事業所所在地市町村番号」欄は、記載しないでください。
- (2) 「法人の種別」欄には、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。また、申請者が許認可等により設立された法人であるときは、「法人所轄庁」欄に許認可等をした官公署の名称を記載してください。
- (3) 「更新事業又は更新施設」欄には、今回行う申請に係る事業所について該当する欄に○印を付してください。