

受付番号	
------	--

地域密着型サービス事業所指定更新申請書

年 月 日

取手市長

所在地
申請者
名 称

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		
	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 —) (ビルの名称等)				
事 業 所	フリガナ					
	名 称					
	所在地	(郵便番号 —) (ビルの名称等)				
	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					
所在地	(郵便番号 —) (ビルの名称等)					
連絡先	電話番号		FAX番号			
介護保険事業所番号				指定有効期間満了日		
指定を受けている他市町村名						
事業の種類						

- 備考
- 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」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」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 「事業の種類」欄は、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、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、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、のうち指定を受けているもの全てについて記載してください。