

指定地域密着型サービス事業所・
 指定居宅介護支援事業所・
 指定地域密着型介護予防サービス事業所・
 指定介護予防支援事業所

指定更新申請書

令和 年 月 日

(宛先)伊那市長

(名称)
 申請者
 (代表者の職名・氏名)

印

介護保険法に規定する事業所に係る指定の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	ふりがな						
	名称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 都市					
	連絡先	電話番号		FAX番号			
		Email					
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		ふりがな 氏名		生年月日	
代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 都市						
指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行う事業等の種類		指定更新申請対象事業 (該当事業に○)	既に指定を受けている事業 (該当事業に○)	指定更新申請をする事業の指定有効期間満了年月日	様式	
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護					付表 1
		認知症対応型通所介護					付表 2
		小規模多機能型居宅介護					付表 3
		認知症対応型共同生活介護					付表 4
		地域密着型特定施設入居者生活介護					付表 5
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護					付表 6
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護					付表 7
		複合型サービス					付表 8
		地域密着型通所介護					付表 9
	居宅介護支援事業					付表 10	
	介護予防支援事業						
	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					付表 2
介護予防小規模多機能型居宅介護					付表 3		
介護予防認知症対応型共同生活介護					付表 4		
介護保険事業者番号							
医療機関コード等		(保険医療機関として指定を受けている場合)					

※ 裏面に記載に関しての備考があります。