様式第６号（第５条関係）

指定地域密着型サービス事業者等更新申請書

年　　月　　日

　（宛先）飯能市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

申請者　　名称

代表者氏名　　　　　　　　㊞

　介護保険法に規定する指定地域密着型サービス事業者等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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | （〒　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | FAX番号 | | |  | | |
| E-mail | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人の種別 | | |  | | | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | |  | | | | | |
| 代表者 | | | 職名 | | |  | | | | | | | フリガナ | | | | | | | | 生年月日 | |
| 氏名 | | | | | | | |
| 住所 | | | （〒　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定の更新を受けようとする事業所 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | （〒　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行うサービスの種類 | | | | | | | | | | | | | | 実施  事業 | | | | | 現に受けている指定の  有効期間満了日 | | | 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 | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | 付表9 |
| 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 |
| 居宅介護支援 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | 付表10 |
| 介護予防支援 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | 付表11 |
| 介護保険事業所番号 | | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  | | |  |  | |  | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | |  | |  |  |  |  | | |  |  | |  | | | | |

備考1　「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「株式会社」等の別を記入してください。

　　2　「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。

　　3　「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。

　　4　保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。