

別紙様式第二号(二)

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

指定更新申請書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

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。

		法人番号											
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	市 区	府 県	町 村						
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号								
	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 -)		都 道	市 区	府 県	町 村						
事 業 所	事業等の種類	介護保険事業所番号											
	指定有効期間満了日												
	フリガナ 名称	-----											
	所在地	(郵便番号 -)		都 道	市 区	府 県	町 村						
	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												
管 理 者	フリガナ 氏名	生年月日											
	住所	(郵便番号 -)		都 道	市 区	府 県	町 村						

- 備考
- 「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
 - 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
 - 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。
 - 「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」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

付表第二号(十二) 指定介護予防支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号			
	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号 Email	(内線)	FAX 番号
管理者	フリガナ			住所 (郵便番号 ー)
	氏名			
	生年月日			
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)			
	他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地		
		兼務先のサービス種別、兼 務する職種及び勤務時間 等		
○人員に関する基準の確認に必要な事項				
従業者の職種・員数(人)		担当職員		
		専従	兼務	
常勤(人)				
非常勤(人)				
事業開始時の利用者の推定数		人		
添付書類		別添のとおり		

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
 - 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 - 3 担当職員については、指定居宅介護支援事業者である場合は介護支援専門員について記載してください。