様式第23号(第7条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ※受付番号 |  |

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 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  指定介護予防支援事業所 | 指定更新申請書 |

　国分寺市長殿

所在地

申請者

名称

　介護保険法第115条の11(第115条の21，第115条の31)において準用する法第70条の2の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | FAX番号 | | |  | | |
| 法人の種別 |  | | | | | | | | 法人所轄庁 | | |  | | |
| 代表者の氏名・職名及び生年月日 | フリガナ | | |  | | | | | 職名 | | |  | | |
| 氏名 | | |  | | | | |
| 生年月日 | | |  | | |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | FAX番号 | | |  | | |
| 事業所の事業等の種類  (○をつけてください) | | | 夜間対応型訪問介護 | | | 認知症対応型通所介護  介護予防認知症対応型通所介護 | | | | | | 小規模多機能型居宅介護  介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | |
| 認知症対応型共同生活介護  介護予防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 | | | | 地域密着型通所介護 | | 共生型地域密着型通所介護 | | | | | | 介護予防支援 |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 誓約書 | | | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | |

備考

1　※印の欄には，記入しないでください。