

受付番号

指定更新申請書

年 月 日

（申請先）標茶町長

所在地
申請者 名称 印
代表者氏名

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。

		事業所所在地市町村番号					
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		
	法人の種類別			法人所轄庁			
	個人（法人）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 —) -----					
指定更新を受けようとする事業所の種類	事業所等の所在地	(郵便番号 —) -----					
	同一所在地において行う事業の種類			実施事業	現に受けている指定の有効期間	備考	
	地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護					
		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					
		看護小規模多機能型居宅介護					
	予防介護	地域密着型通所介護					
		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							
居宅介護支援							
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							

（裏面を参照ください。）

(裏面)

- 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」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」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 「実施事業」欄は、今回申請するものに該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 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、そのすべてを記載してください。