

# 更新用

## 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 指定更新申請書

年 月 日

(宛先) 鈴鹿亀山地区広域連合長

所在地  
申請者 名 称  
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。

		事業所所在市町村番号				
申請者	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 ー ) 県 市				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX		
	法人の種別			法人所轄庁		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ			生年月日
氏名						
代表者の住所	(郵便番号 ー ) 県 市					
指定の更新を受けようとする事業所	フリガナ					
	名称					
	事業所の所在地	(郵便番号 ー ) 県 市				
	連絡先	電話番号		FAX		
	同一所在地において行う事業の種類					
	サービス種類		実施事業			
	認知症対応型通所介護		地域密着型通所介護			
	小規模多機能型居宅介護		介護予防認知症対応型通所介護			
	認知症対応型共同生活介護		介護予防小規模多機能型居宅介護			
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護		介護予防認知症対応型共同生活介護			
看護小規模多機能型居宅介護						
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護						
地域密着型特定施設入居者生活介護						
介護保険事業所番号						
現に指定を受けている事業所の有効期間満了日		年 月 日				
更新年月日		年 月 日				

申請担当者氏名		連絡先電話番号	
---------	--	---------	--

備考1 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください

2 申請担当者氏名・連絡先欄は、この指定更新申請についてお答えできる方を記載してください。