

提出担当者	連 絡 先	TEL FAX
	氏 名	

指定地域密着型サービス事業者  
指定地域密着型介護予防サービス事業者  
指定介護予防支援事業者  
指定更新申請書

年 月 日

(あて先) 新潟市長

住所  
申請者 名称  
〔 法人にあっては、  
名称及び代表者の職・氏名 〕

介護保険法に規定する事業者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。

記

申請者指定更新を受けようとする事業所の概要	(フリガナ) 名 称										
	(フリガナ) 主たる事務所の 所在地	(郵便番号 ー )									
		都 道 市 郡 府 県 区									
	連絡先	電話番号				FAX番号					
	法人の種別						法人所轄庁				
	代表者の職・氏名	職名				(フリガナ) 氏名	生 年 月 日				
	(フリガナ) 代表者の住所	(郵便番号 ー )									
		都 道 市 郡 府 県 区									
	(フリガナ) 事業所の名称										
		(郵便番号 ー )									
	(フリガナ) 事業所の所在地	都 道 市 郡 府 県 区									
		連絡先	電話番号				FAX番号				
	Eメールアドレス										
指 定 年 月 日											
介護保険事業所番号											
同一所在地において行う事業等の種類	地域密着型サービス・介護予防支援		申 請 す る 事 業 等	現に受けている指定の有効期間満了日	地域密着型介護予防サービス		申 請 す る 事 業 等	現に受けている指定の有効期間満了日	申請する事業等に係る添付書類等確認表		
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護							別紙17			
	夜間対応型訪問介護							別紙18			
	地域密着型通所介護							別紙19			
	認知症対応型通所介護					別紙20					
	小規模多機能型居宅介護					別紙21					
	認知症対応型共同生活介護					別紙22					
	地域密着型特定施設入居者生活介護							別紙23			
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護							別紙24			
看護小規模多機能型居宅介護			別紙25								
介護予防支援							別紙26				

添付書類 添付書類等確認表に掲げるとおり。