

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
 (法人にあつては、
 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 -)	都道 府県	市郡 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 -)	都道 府県	市郡 区		
	(フリガナ) 事業所の名称					
	(フリガナ) 事業所の所在地	(郵便番号 -)	都道 府県	市郡 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		地域密着型介護予防サービス		申請する事業等 に係る添付書類 等確認表	
	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	現に受けている指定 の有効期間満了日		
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。