

記入例

提出担当者	連絡先	介護サービス事業部 TEL 025-000-XXXX FAX 025-000-XXXX
	氏名	高齢 福子

更新申請書の提出担当者を記入してください。  
(内容について確認事項がある場合、この提出担当者あてに連絡します。)

該当するところに○印を付ける

- 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

申請年月日を記入

平成 28 年 8 月 23 日

新潟市長様

住所 新潟市中央区学校町通1番町602番地1  
 申請者 名称 株式会社 高齢者支援サービス  
 (法人にあつては、名称及び代表者の職・氏名) 代表取締役 新潟 一郎

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	名称	カブシキガイシャ コウレイシャシエンサービス 株式会社 高齢者支援サービス					
	「営利法人、社会福祉法人、医療法人、財団法人、特定非営利活動法人、農協」などの区別を記載する。	番号	951 - 8550	法人が公益法人の場合に記入 (例) 社会福祉法人の場合→「厚生労働省」、「新潟県」又は「新潟市」と記入 営利法人の場合→記入しない			
申請者	法人の種類別	新潟 都道府県 新潟 市郡区 中央区学校町通1番町	電話番号	025-000-0001			
申請者	代表者の職・氏名	職名	代表取締役	氏名	新潟 一郎		
申請者	代表者の住所	新潟 都道府県 新潟 市郡区 中央区西堀前通6番町894番地1 西堀6番館ビル4階	生年月日	昭和23年4月6日			
指定更新を受け	事業所の名称	コウレイシャシエンタキノウガタサービスジギョウショ 高齢者支援多機能型サービス事業所					
指定更新を受け	事業所の所在地	新潟 都道府県 新潟 市郡区 西区寺尾東3丁目14番41号	連絡先	電話番号 025-000-△△△△ FAX番号 025-000-□□□□ Eメールアドレス koreisha@city.niigata.lg.jp			
指定更新を受け	指定年月日	平成22年10月1日					
指定更新を受け	介護保険事業所番号	1 5 9 0 1 2 3 4 5 6					
概要	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		更新申請する事業等の指定有効期間の満了日を記入			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	○	平成28年9月30日	○		平成28年9月30日
認知症対応型共同生活介護		平成29年1月31日			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	同一所在地において行っている事業等の指定の有効期間の満了日を記入		同一所在地において行っている事業(地域密着型介護予防サービス)の指定の有効期間の満了日を記入		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。