

提出担当者	連絡先	TEL
	氏名	FAX

指定居宅サービス事業者
指定介護予防サービス事業者
指定居宅介護支援施設
指定（許可）更新申請書

（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（施設）に係る指定（許可）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（許可）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）	生 年 月 日					
							氏名						
	（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（施設）の名称												
	（フリガナ） 事業所の所在地 （施設の開設の場所）	（郵便番号 ）											
		新潟県					市 郡						
	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	居宅サービス・居宅介護支援・施設		申請する事業等		現に受けている指定の有効期間満了日		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
			事業等		の有効期間満了日		事業等		の有効期間満了日				
	訪問介護										別紙1		
	訪問入浴介護										別紙2		
	訪問看護										別紙3		
	訪問リハビリテーション										別紙4		
	居宅療養管理指導										別紙5		
	通所介護										別紙6		
	通所リハビリテーション										別紙7		
	短期入所生活介護										別紙8		
	短期入所療養介護										別紙9		
	特定施設入居者生活介護										別紙10		
	福祉用具貸与										別紙11		
	特定福祉用具販売										別紙12		
居宅介護支援										別紙13			
介護老人福祉施設								別紙14					
介護老人保健施設								別紙15					
介護医療院								別紙16					

添付書類 添付書類等確認表に掲げるとおり。

注 事業所が法人以外の開設する病院、診療所又は薬局であるときは、申請者欄の「名称」を「氏名」、「主たる事務所の所在地」を「住所」、「代表者」を「開設者」に読み替え、「法人の種別（及び法人所轄庁）」欄の記載を要しない。