

受付番号

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  
 指定居宅介護支援事業所

年 月 日

(宛先)  
 倉吉市長

所在地  
 申請者  
 名 称

介護保険法に規定する事業所に係る指定更新を受けたいので、次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				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - ) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	法人の種類		法人所轄庁		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名	生年月日
指 定 更 新 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	代表者の住所	(郵便番号 - ) 県 郡市			
	事業所等の所在地	(郵便番号 - ) 県 郡市			
	同一所在地において行う事業の種類	実施 事業	現に受けている指定の有効期間満了日	様式	
	地域密着型 サービス	夜間対応型訪問介護			
		認知症対応型通所介護			
		小規模多機能型居宅介護			
		認知症対応型共同生活介護			
		地域密着型特定施設入居者生活介護			
		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 介護予防 サービス	介護予防認知症対応型通所介護			
介護予防小規模多機能型居宅介護					
介護予防認知症対応型共同生活介護					
指定居宅介護支援					
誓約書	別紙のとおり				

- 備考 1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。  
 2 添付資料については、指定申請時の様式を参照してください。