

様式第7号（第5条関係）

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

年 月 日

（あて先）

倉吉市長

所在地

申請者

名 称

印

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 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
	法人の種類別		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	
	代表者の住所	(郵便番号 - ) 県 郡市				
指定更新を受けようとする事業所の種類	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						
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。