

第6号様式

野田市指定地域密着型サービス事業所及び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

(宛先)野田市長

所在地
申請者 名称
代表者氏名



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	ふりがな					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
		Email				
	法人の種類別			法人所轄庁		
	代表者の職名、氏名及び生年月日	職名		ふりがな 氏名	生年月日	
代表者の住所	(郵便番号)					
指定更新を受けようとする事業所の種類	事業所の所在地	(郵便番号)				
	事業所の名称					
	同一所在地において行う事業の種類	実施事業	既に指定を受けている事業の指定年月日	既に指定を受けている事業の有効期間満了日	様式	
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護				付表1
		認知症対応型通所介護				付表2
		小規模多機能型居宅介護				付表3
		認知症対応型共同生活介護				付表4
		地域密着型特定施設入居者生活介護				付表5
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				付表6
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護				付表7
看護小規模多機能型居宅介護					付表8	
地域密着型通所介護(共生型地域密着型通所介護又は療養通所介護)				付表9		
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				付表2	
	介護予防小規模多機能型居宅介護				付表3	
	介護予防認知症対応型共同生活介護				付表4	
指定を受けている他市町村名						
医療機関コード等		※介護保険事業所番号				

備考

- 1 ※は記入しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
- 4 「実施事業」欄は、今回指定の更新の申請をする該当欄に「○」を記入してください。
- 5 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記入してください。
- 6 「既に指定を受けている事業の有効期間満了日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定されたその指定の有効期間が満了する年月日を記入してください。
- 7 「様式」欄の付表1から付表9までは、別記第1号様式の付表1から付表9までを準用してください。
- 8 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設、介護医療院又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記入してください。