

記載例

●●年●●月●●日

（あて先） 浜松市長

住 所 静岡県浜松市中区元城町●●●-●●●
 [所在地]
 申請者 氏 名 カブシキイシャ●●●●●
 [名称及び代表者氏名] 株式会社●●●●●
 代表取締役 ●●●●●
 [代表者氏名を自署する場合は、押印は不要です。]



指定更新・開設許可更新申請書

介護保険法第70条の2第1項・第78条の12において準用する同法第70条の2第1項・第79条の2第1項・第86条の2第1項・第115条の11において準用する同法第70条の2第1項・第115条の21において準用する同法第70条の2第1項・第115条の31において準用する同法第70条の2第1項・平成18年改正前介護保険法第107条の2第1項の指定の更新、介護保険法第94条の2第1項・第108条第1項の開設許可の更新を受けたいので、次のとおり申請します。

記

申請者	フリガナ	カブシキイシャ●●●●●				法人の情報を記載してください。	
	名 称	株式会社●●●●●					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ●●●● - ●●●●) 静岡県浜松市中区元城町●●●●-●●●●					
	連絡先	電話番号	●●●●-●●●●-●●●●		FAX 番号	●●●●-●●●●-●●●●	
代 表 者	職 名	代表取締役	フリガナ	氏 名	●●●●●	生年月日	●●年●●月●●日
	住 所	(郵便番号●●●● - ●●●●) 静岡県浜松市●●●区●●●●●-●●●●					
指定・開設許可の更新を受けようとする事業所・施設	所在地	(郵便番号●●●● - ●●●●) 静岡県浜松市●●●区●●●●●-●●●●				事業所の情報を記載してください。	
	同一所在地において行う事業等の種類	介護給付		予防給付		付表番号	
		実施事業	指定・許可年月日	実施事業	指定・許可年月日		
	訪問介護					付表1	
	訪問入浴介護					付表2	
	訪問看護					付表3	
	訪問リハビリテーション					付表4	
	居宅療養管理指導					付表5	
	通所介護					付表6	
	通所リハビリテーション					付表7	
	短期入所生活介護					付表8	
	短期入所療養介護					付表9	
	特定施設入居者生活介護					付表10	
	福祉用具貸与					付表11	
	特定福祉用具販売					付表12	
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護					付表13	
	夜間対応型訪問介護					付表14	
	地域密着型通所介護					付表15	
	認知症対応型通所介護	◎	●●●年●●月●●日			付表16	
	小規模多機能型居宅介護					付表17	
	認知症対応型共同生活介護					付表18	
	地域密着型特定施設入居者生活介護					付表19	
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	○	●●●年●●月●●日			付表20	
	複合型サービス					付表21	
	居宅介護支援					付表22	
	介護老人福祉施設					付表23	
	介護老人保健施設					付表24	
介護医療院					付表25		
介護予防支援					付表26		
介護療養型医療施設					付表27		
更新事業の指定・許可有効期間満了日	●●年●●月●●日						
介護保険事業所番号	2	2	●	●	●	●	
指定を受けている他市町村名							

備 考

- 1 「実施事業」欄は、今回の申請に係る事業の種類に応じ、該当する欄に◎を記入すること。また、同一所在地において指定等を受けている事業について、該当する欄に○を記入すること。
- 2 「指定（許可）年月日」又は「指定年月日」欄は、当該事業が現在受けている指定又は許可を受けた年月日を記入すること。
- 3 「更新事業の指定・許可有効期間満了年月日」欄は、今回の申請に係る事業が現在受けている指定又は許可の有効期間満了年月日を記入すること。