第６号様式（第５条関係）（表）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

　　　　年　　月　　日

　　　多摩市長　　　　　殿

所在地

申請者　名称

　　　　代表者の職及び氏名

多摩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

　　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、多摩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の指定等に関する規則第５条の規定により、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　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | | | |
| 法人の種別 | | |  | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | | | | |  | | | | | | |
| 代表者の職名・ 氏名・生年月日 | | | 職名 | |  | | | | | | | フリガナ | | | | | | | | | 生年月日 | | | |
| 氏名 | | | | | | | | |
| 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 | 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 |
| 複合型サービス（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 | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | |  | | 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 |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |  |  | （既に指定又は許可を受けている場合） | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |  |  | （保険医療機関として指定を受けている場合） | | | | | | | | | |

（裏）

　備考

　１　「受付番号」及び「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

　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載してください。

　４　「実施事業」欄は、今回指定更新するものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

　５　保険医療機関、保険薬局、老人保健施設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」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。