様式第６９号の２の２(第５１条の２の２、第５１条の１４の２、第５１条の１８の３、第５１条の１９の２、第５１条の２５の２、第５１条の３３の２関係)

　　　　　　　　　　指定地域密着型サービス事業所指定

　　　　　　　　　　指定地域密着型介護予防サービス事業所指定

　　　　　　　　　　指定居宅サービス事業所指定

　　　　　　　　　　指定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者指定

　　　　　　　　　　指定介護老人福祉施設指定

　　　　　　　　　　介護老人保健施設開設許可

　　　　　　　　　　介護医療院開設許可

年　　月　　日

　堺市長　殿

主たる事務所の所在地

申請者　名称

代表者職氏名

　介護保険法に規定する事業所・施設に係る指定・開設許可の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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | |  | | | | | | | | ファックス番号 | |  | | |
| E-mail | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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(開設許可)の更新を受けようとする事業所・施設 | 事業所等の名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | | | (郵便番号　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | 実施  事業等 | | 更新年月日 | | | 既に指定(許可)を受けている事業等の有効期間満了日 |
| 地域密着型サービス | | 夜間対応型訪問介護 | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| の種類 | 地域密着型介護予防サービス | | 介 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 | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
|  | 指定居宅サービス | | 訪問介護 | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 訪問入浴介護 | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 訪問看護 | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 訪問リハビリテーション | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 居宅療養管理指導 | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 通所介護 | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 通所リハビリテーション | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 短期入所生活介護 | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 短期入所療養介護 | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 特定福祉用具販売 | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 福祉用具貸与 | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 居宅介護支援事業 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 指定介護予防サービス | 介護予防訪問入浴介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 介護予防訪問看護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 介護予防訪問リハビリテーション | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 介護予防居宅療養管理指導 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 介護予防通所リハビリテーション | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 介護予防短期入所生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 介護予防短期入所療養介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 特定介護予防福祉用具販売 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 介護予防福祉用具貸与 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 施設 | 介護老人福祉施設 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 介護老人保健施設 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 介護医療院 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 介護保険事業所番号 | | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | (既に指定を受けている場合) | | | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | | |  |  | |  |  |  |  |  |  | | | | | | |

備考

　１　「実施事業等」欄は、今回更新申請するものについて、該当する欄に「○」を記入してください。なお、介護保険法第72条及び１１５条の１１の規定により指定があったとみなされた居宅サービス事業及び介護予防サービス事業については、該当する欄に「みなし」と記入してください。

　２　「更新年月日」欄は、該当する欄に有効満了日の翌日を記入してください。

　３　「既に指定許可を受けている事業等の有効満了日」欄は、現在の有効期間の満了日を記入してください。

　４　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は、適宜様式を補正して、その全てを記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者 |  | 連絡先 |  |