|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業所名** |  | **事業所番号** |  | **地密・更新** |
| **サービス種類** | 地密通所（　　）　　認知通所（　　）　　看護多機（　　）　　介老福祉施設（　　）定期随時（　　）　　夜間訪問（　　）　　小模多機（　　）　　ＧＨ（　　） |

**指定更新申請書類一覧**

　※　提出書類はＡ４サイズとし、ホチキス止めクリップ止めはしないこと

※　指定期限満了日の属する月の前月末日までにご提出ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 確認 | 提出書類 | 様式 | 備考 |
| □ | 指定申請書 | 様式第二号 |  |
| □ | 事業所の指定に係る記載事項 | 該当サービスの付表第二号 | 必要時応じて「（参考）」様式も提出 |
| □ | 誓約書 | 標準様式６ |  |
| □ | 介護支援専門員一覧 | 標準様式７ | ●要提出４事業種（介護予防）小規模多機能型通所介護（介護予防）認知症対応型共同生活介護地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護看護小規模多機能型居宅介護 |
| □ | 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 | 参考様式４ | ・加算を取らない場合も添付すること・算定しない加算の「なし」欄にも○をつけること |
| □ | 被保険者証の写し |  | 区域外指定の場合のみ |

●更新にあたって

|  |  |
| --- | --- |
| これまでの変更事項について、全て遅滞なく変更届を提出していますか | はい　　　・　　　いいえ |
| この更新申請と同時に変更する事項はありますか（加算、人員等） | はい　　　・　　　いいえ |

|  |  |
| --- | --- |
| 問い合わせ先 | （特記欄） |
| 事業者・事業所名 |  |
| ご担当者名 |  |
| 電話番号 |  |