|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |