|  |
| --- |
| **指定更新申請** |

指定介護老人福祉施設と指定（介護予防）短期入所生活介護を同時に更新する場合、書類を一部省略することができます。

下記の書類を指定介護老人福祉施設の更新の書類と併せてご提出ください。

※指定介護老人福祉施設と一体的に運営する指定（介護予防）短期入所生活介護の指定の有効期間満了日が異なる場合、有効期間が残るサービスを早めて更新することにより、更新後の指定の有効期間満了日を合わせて更新することができます。

【必要書類一覧】

◎・・・必須書類です。

△・・・指定介護老人福祉施設と同一の場合は省略可。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 添　　付　　書　　類 | | 書類の要否 | ✔ |
| １ | 指定更新申請書（第３号様式）  ※指定介護老人福祉施設と指定（介護予防）短期入所生活介護の指定の有効期間の満了日が異なり、更新後の指定の有効期間満了日を合わせて更新する場合の申請書の記載例を次ページに掲載しておりますので、ご確認ください。 | ◎ |  |
| ２ | 付表８－２ | ◎ |  |
| ３ | 資格証等の写し（資格が必要な職種全て） | △ |  |
| ４ | 運営規程 | △ |  |
| ５ | 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式１） | △ |  |
| ６ | 職員配置状況表 (参考様式２) | ◎ |  |
| ７ | 誓約書 　（居宅サービス　参考様式１０－１） | ◎ |  |
| ８ | 誓約書 　（予防サービス　参考様式１０－２） | ◎ |  |

様式は船橋市ホームページに掲載しております。

☞船橋市トップページ▷産業・事業者向け▷福祉・子育て支援事業者▷高齢者福祉サービス事業者

　▷居宅サービス事業者の指定・届出▷指定の更新（居宅介護支援・居宅サービス）

第３号様式

年　　月　　日

指定居宅サービス事業者等指定（許可）更新申請書

船橋市長　あて

　　介護保険法に規定する指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者又は介護保険施設の指定（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 | （　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | TEL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 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | 職名 | |  | | |
| 氏名・  代表者印 | 印 | | | | | | | | | | | 生年月日 | |  | | |
| 代表者の住所 | （　　　－　　　　　）  ※指定介護老人福祉施設と指定（介護予防）短期入所生活介護の指定の有効期間の満了日が同一の場合は、記載する必要はありません。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所（施設） | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | TEL番号 | | |  | | | | | FAX番号 | | | | |  | | | |
| 事業等の種類 | | | | | ①指定介護老人福祉施設　②（介護予防）短期入所生活介護 | | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている指定（許可）の有効期間満了日 | | | | | ①平成３０年３月３１日　②平成３２年６月３０日 | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 同一所在地において行う他の事業等の種類 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 指定（許可）を受けている他市町村名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地で、他の法律において既に指定（許可）を受けている事業等 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |

　備考　指定（許可）の更新を受けようとする事業等の種類ごとに、市長が別に定める書類を添付してください。

【例：①指定介護老人福祉施設の有効期間満了日に②（介護予防）短期入所生活介護を合わせて更新する場合。】②の事業について、①の事業の指定の有効期間満了日に合わせて指定更新を受けることを承諾し、申請します。