

事業所名		事業所番号		総通所・更新
サービス種類	A7 予防通所サービス			

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。
- ※ 付表第三号（二）について、サービス種別は「緩和した基準による通所型サービス」の「定率」に○の記載をお願いいたします。

確認	提出書類	様式	備考
<input type="checkbox"/>	指定更新申請書	様式第三号（五）	
<input type="checkbox"/>	通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項	付表第三号（二）	2単位以上実施の場合は2単位数のページも要提出
<input type="checkbox"/>	通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料		付表第三号（二）の記入欄が不足する場合のみ
<input type="checkbox"/>	誓約書	標準様式5	介護保険法第115条の45の5第2項について
<input type="checkbox"/>	介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表	加算様式2	<ul style="list-style-type: none"> ・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
<input type="checkbox"/>	取得済みの通所介護事業所の指定更新通知書の写し		最新分のみ ※北区の地域密着型通所介護の指定を受けている事業所は不要

●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		