

野田市告示第318号

野田市介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業者の指定等に関する要綱（平成28年野田市告示第26号）の施行に関し必要な様式のひな型を別紙のとおり改め、公示の日から施行する。

- 1 野田市介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業者指定申請書
- 2 野田市介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業者変更届出書
- 3 野田市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定廃止（休止）届出書
- 4 野田市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定再開届出書
- 5 野田市介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業者指定更新申請書

令和4年12月20日

野田市長 鈴木 有

野田市介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業者指定申請書

年 月 日

(宛先)野田市長

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、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 -)		都道 府県	市区 町村	
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号		
		Email				
	法人等の種類					
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ	生年月日			
		氏名	月日			
代表者の住所	(郵便番号 -)		都道 府県	市区 町村		
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に				<input type="checkbox"/>		
指定事業を受けようとする種類	同一所在地において行う事業等の種類	指定申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(登録)を受けている事業等(該当事業に○)	指定申請をする事業等の開始予定年月日	様式	
	介護予防訪問介護相当サービス					
	緩和した基準による訪問型サービス(定率)					
	緩和した基準による訪問型サービス(定額)					
	介護予防通所介護相当サービス					
	緩和した基準による通所型サービス(定率)					
	緩和した基準による通所型サービス(定額)					
既に指定(登録)を受けている事業所の種類(該当に○)	訪問介護			/		
	基準該当訪問介護					
	通所介護					
	基準該当通所介護					
	地域密着型通所介護					
介護保険事業所番号	(既に指定又は許可を受けている場合)					
指定を受けている他市町村名						
医療機関コード等	(保険医療機関として指定を受けている場合)					

備考

野田市介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業者変更届出書

年 月 日

(宛先)野田市長

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		介護保険事業所番号								
指定内容を変更した事業所等		名称								
		所在地								
サービスの種類										
変更年月日		年			月			日		
変更があった事項(該当に○)		変更の内容								
	事業所の名称	(変更前)								
	事業所の所在地									
	申請者の名称									
	主たる事務所の所在地									
	法人等の種類									
	代表者の氏名、生年月日及び住所									
	登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)									
	事業所の建物の構造及び平面図並びに設備の概要	(変更後)								
	利用者の推定数、利用者の定員									
	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所									
	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴									
	運営規程									
	その他									

備考

野田市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定廃止(休止)届出書

年 月 日

(宛先)野田市長

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

	介護保険事業所番号	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
廃止(休止)する事業所	名称										
	所在地										
サービスの種類											
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止										
廃止・休止する年月日	年 月 日										
廃止・休止する理由											
現にサービスを受けている者に対する措置											
休止予定期間	休止日 ~ 年 月 日										

備考

野田市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定再開届出書

年 月 日

(宛先)野田市長

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号										
再開した事業所	名称										
	所在地										
サービスの種類											
再開した年月日	年 月 日										

備考

野田市介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業者指定更新申請書

年 月 日

(宛先)野田市長

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、下記のとおり、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 -) 都 道 市 区 府 県 町 村			
	連絡先	電話番号 (内線) FAX番号			
	代表者の職名・氏名・ 生年月日	Email			
		職名	フリガナ ----- 氏 名	生年月日	
事業所	代表者の住所	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村			
	事業等の種類		介護保険事業所番号	: : : : : : : : : :	
	指定有効期間満了日				
	フリガナ 名称	-----			
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村			
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき				
	フリガナ 名称	-----			
管理者	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村			
	フリガナ 氏名		生年月日		
	住所	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村			

備考