

野田市告示第323号

野田市指定介護予防支援事業所の指定等に関する規則（平成18年野田市規則第23号）の施行に関し必要な様式のひな型のうち、次の様式を別紙のとおり改め、公示の日から施行する。

- 1 野田市指定介護予防支援事業所指定申請書
- 2 野田市指定介護予防支援事業所指定（却下）通知書
- 3 野田市指定介護予防支援事業所変更届出書
- 4 野田市指定介護予防支援事業所指定廃止（休止、再開）届出書
- 5 野田市指定介護予防支援事業所指定更新申請書

令和4年12月23日

野田市長 鈴木 有

野田市指定介護予防支援事業所指定申請書

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 市 区 府 県 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 氏 名		生年 月日		
代表者の住所		(郵便番号 - ) 都 道 市 区 府 県 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☑					☐			
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	同一所在地において行う事業等の種類			共生型サービス申請時に☑	指定申請対象事業(該当事業に○)	既に指定を受けている事業(該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定年月日	様 式
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護						
		認知症対応型通所介護						
		小規模多機能型居宅介護						
		認知症対応型共同生活介護						
		地域密着型特定施設入居者生活介護						
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護						
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護						
		複合型サービス						
	地域密着型通所介護			☐				
居宅介護支援事業								
介護予防支援事業								
サ ー ビ ス 防 着	介護予防認知症対応型通所介護							
	介護予防小規模多機能型居宅介護							
	介護予防認知症対応型共同生活介護							
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)				
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  
 1 「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。  
 2 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。  
 3 既に地域密着型サービス事業所または地域密着型介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業者が、他方の地域密着型サービス事業所または地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始予定年月日」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。  
 4 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。  
 5 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や郵便番号の記入も可能です。

**指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項**

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 ー ) 都 道 市 区 府 県 町 村				
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX 番号		
	Email					
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 ー )	
	氏名					
	生年月日					
	当該介護予防支援事業所における他の職務との兼務の有無				<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	地域包括支援センターの従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称				
	兼務する職種及び勤務時間等					
○人員に関する基準の確認に必要な事項						
従業者の職種・員数(人)		担当職員				
		専従	兼務			
		常勤(人)				
非常勤(人)						
事業開始時の利用者の推定数				人		
添付書類		別添のとおり				

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。  
2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

第 年 月 日 号

様

野田市長

印

野田市指定介護予防支援事業所指定（却下）通知書

年 月 日付けで申請のありました指定介護予防支援事業所については、介護保険法第115条の22第1項の規定により、下記のとおり指定することになったので通知します。

記

1 指定の内容

申 請 者	
事 業 所 名 称	
所 在 地	
代 表 者 の 氏 名	
指 定 年 月 日	年 月 日
指 定 有 効 期 間 満 了 日	年 月 日
事 業 開 始 年 月 日	年 月 日
介 護 保 険 事 業 者 番 号	

2 却下の理由

--

教示

- 1 この処分について不服がある場合には、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

野田市指定介護予防支援事業所指定変更届出書

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すので届け出ます。

		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(施設)の名称	(変更前)		
	事業所(施設)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(開設者)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。)			
	共生型サービスの該当有無			
	事業所(施設)の建物の構造、専用区画等			
	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所			(変更後)
	運営規程			
	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関			
	事業所の種別等			
	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等 との連携・支援体制			
	本体施設、本体施設との移動経路等			
	併設施設の状況等			
	連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地			
	介護支援専門員の氏名及びその登録番号			

備考

- 1 当該項目番号に○を付してください。
- 2 変更内容が分かる書類を添付してください。

野田市指定介護予防支援事業所指定廃止(休止、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

次のとおり事業の廃止(休止、再開)をするので届け出ます。

	介護保険事業所番号																		
廃止(休止、再開)する事業所	名称																		
	所在地																		
廃止(休止、再開)の別	廃止			休止			再開												
廃止(休止、再開)する年月日	年			月			日												
廃止又は休止した理由																			
現に介護予防支援を受けていた者に対する措置 (廃止又は休止する場合のみ)																			
休止予定期間	年			月			日から			日まで									

備考  
事業の再開に係る届出にあっては、施行規則に定める当該事業に係る従事者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

野田市指定介護予防支援事業所指定更新申請書

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指定介護予防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	職名	フリガナ 氏 名	生年月日
	代表者の住所	(郵便番号 - ) 都 道 市 区 府 県 町 村		
事 業 所	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			
管 理 者	フリガナ 氏名	-----		生年月日
	住所	(郵便番号 - ) 都 道 市 区 府 県 町 村		

- 別添 1 誓約書(参考様式5)  
2 介護支援専門員一覧(参考様式6)