

野田市告示第266号

野田市指定居宅介護支援事業所の指定等に関する規則（平成30年野田市規則第49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 野田市指定居宅介護支援事業所指定申請書
- 2 野田市指定居宅介護支援事業所指定更新申請書
- 3 野田市指定居宅介護支援事業所変更届出書
- 4 野田市指定居宅介護支援事業所再開届出書
- 5 野田市指定居宅介護支援事業所廃止(休止)届出書

令和3年9月27日

野田市長 鈴木 有

野田市指定居宅介護支援事業所指定申請書

年 月 日

(宛先)野田市長

(名称)

申請者

(代表者の職名・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 -) 県 都市				
	連絡先		電話番号			FAX番号	
			Email				
	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 -) 県 都市					
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			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	
	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 (様式 付表1)						
地域密着型サービス	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)				

* 裏面に記載に関しての備考があります。

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。

付表 1 指定居宅介護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 -) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
Email					
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)	
	氏名				
	生年月日				
	当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	名称		事業所番号	
		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)		介護支援専門員			
		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。

野田市指定居宅介護支援事業所指定更新申請書

年 月 日

(宛先)野田市長

(名称)

申請者

(代表者の職名・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 -) 県 郡市			
	連絡先	電話番号	FAX番号		
		Email			
	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 -) 県 郡市				
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 -) 県 郡市			
	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				
主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 県 郡市				
管理者	フリガナ 氏名	生年月日			
	住所	(郵便番号 -) 県 郡市			

野田市指定居宅介護支援事業所変更届出書

年 月 日

(宛先)野田市長

住所
 開設者 (所在地)
 氏名
 (名称及び代表者氏名)

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(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																			
	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。)																			
	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																			
	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																			
	介護支援専門員の氏名及びその登録番号																			

野田市指定居宅介護支援事業所再開届出書

年 月 日

(宛先)野田市長

住所
開設者 (所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

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

備考 事業の再開に係る届出にあつては、従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表を添付してください。

野田市指定居宅介護支援事業所廃止(休止)届出書

年 月 日

(宛先)野田市長

住所
 開設者 (所在地)
 氏名
 (名称及び代表者氏名)

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

廃止(休止)する事業所	介護保険事業所番号																			
	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																				
現にサービス又は支援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 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。