

第1号様式（第2条第1項）

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
代表者氏名

介護保険法に規定する指定介護予防支援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。

		事業所所在地市町村番号		
申請者	ふりがな 名 称			
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号)		
	連絡先	電話番号		F A X 番号
	法人の種別		法人所轄庁	
	代表者の職、氏 名及び生年月日	職名	ふりがな 氏 名	生年月日
	代表者の住所	(郵便番号)		
事業所等の所在地	(郵便番号)			
当該申請に係る事業の開始の予定年月日		年 月 日		
地域包括支援センターの設置年月日（設置している場合に記入）		年 月 日		

備考

- 1 「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 地域包括支援センターの設置の届出を既に行っている場合においては、不要です。

付表 指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項

事業所	ふりがな 名称					
	所在地	(郵便番号)				
	連絡先	電話番号		F A X 番号		
管理者	ふりがな 氏名		住所	(郵便番号)		
	生年月日					
	指定介護予防支援事業所における他の職務との兼務の有無				有	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				
事業開始時の利用者の推定数		人				
従業者の職種及び員数（人）		担当職員		その他の職員（事務職員等）		
		専従	兼務	専従	兼務	
		常勤（人）				
		非常勤（人）				
主な 掲 示 事 項	営業日					
	営業時間					
	利用料	法定代理受領分以外				
	その他の費用					
	通常の事業実施地域					
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 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 3 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 4 「担当職員」については、指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第37号）第2条に規定する担当職員の員数を記載してください。