

記入例(再開の場合)

生活介護法指定介護機関 再開届書
中国残留邦人等支援法指定介護機関

・届出書は介護保険事業者番号ごとに作成してください。

次のとおり再開しましたので届け出ます。

介護保険事業者番号	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
事業所の名称	〇〇訪問介護事業所									
事業所の所在地	〒000-0000 千葉県〇〇市〇〇1-1									

【事業の種類】 該当するサービスの種類に〇を印してください。

居宅介護	<input type="checkbox"/> 訪問介護	介護予防	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	地域密着型サービス	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	<input type="checkbox"/> 訪問看護		<input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護		<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション		<input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護		<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導		<input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション		<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/> 通所介護		<input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導		<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション		<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション		<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護		<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護		<input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護		<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護		<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護		<input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護		<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与		<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与		<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護
	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売		<input type="checkbox"/> 特定介護予防福祉用具販売		<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護
					<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設
	施設		<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設		<input type="checkbox"/> 居宅介護支援
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設		<input type="checkbox"/> 介護予防支援	<input type="checkbox"/> 通所型サービス		
			<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント		

介護保険の再開届出と同じ年月日を記入してください。

再開年月日	令和〇年〇月〇日
休止年月日	令和〇年〇月〇日
再開の理由	職員の確保が出来たため、再開する。

- ※ この書類は、千葉県知事あてに直接提出してください。
- ※ この書類は、再開となった日から10日以内に提出してください。
- ※ 本届出には添付書類は不要です。
- ※ 平成26年7月1日以降に開設した介護機関(みなし指定事業所)についても、届出が必要です。

令和〇年〇月〇日
千葉県知事様

書類を提出する日を記入してください。

【届出者(開設者)】

法人の主たる事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)
〒000-0000
千葉県〇〇市〇〇3-3
法人の名称(個人の場合は個人氏名)
株式会社〇〇〇〇
代表者職氏名
代表取締役 〇〇 〇〇

連絡先電話番号 TEL (〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇) / 担当者氏名 (〇〇 〇〇)

【届出書の提出先】 〒260-8667 千葉県千葉市中央区市場町1-1 健康福祉指導課生活保護班 宛