

○滑川市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定等に関する要綱

平成28年9月28日告示第50号

滑川市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定等に関する要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）及び介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「施行規則」という。）に規定する介護予防・日常生活支援総合事業の事業者の指定等に関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱で使用する用語は、法で使用する用語の例による。

(指定の期間)

第3条 施行規則第140条の63の7の規定により市が定める期間は、6年とする。

(指定の申請)

第4条 法第115条の45の5第1項の規定により指定を受けようとする者は、指定申請書（様式第1号）に関係書類を添えて市長に提出するものとする。

(指定事業者の指定)

第5条 市長は、前条の申請があった場合においては、当該申請をした者について事業者の指定の適否を審査し、その結果について、当該申請をした者に通知するものとする。

(指定の拒否)

第6条 市長は、前条に規定する事業者の指定を行うことにより、滑川市介護保険事業計画に定める地域支援事業に係る計画量を超過する場合、その他の市における地域支援事業の円滑かつ適切な実施に際し支障が生じるおそれがあると認められる場合においては、当該事業者の指定をしないことができる。

(変更の届出等)

第7条 指定事業者は、指定の申請内容に変更があったときは、変更届出書（様式第2号）を10日以内に市長に提出しなければならない。

2 指定事業者は、当該指定に係る事業を廃止し、又は休止しようとするときは、廃止・休止届出書（様式第3号）をその廃止又は休止の日の1月前までに市長に提出しなければならない。

3 指定事業者は、当該指定に係る事業を再開しようとするときは、再開届出書（様式第4号）を当該再開しようとする日の10日以内に市長に提出しなければならない。

4 指定事業者は、総合事業の廃止又は休止の届出をしたときは、当該届出の日の1月以内に当該サービスを受けていた者であって、当該総合事業の廃止又は休止の日以降においても引き続き当該サービスの提供を希望する者に対し、必要なサービス等が継続的に提供されるよう、第1号介護予防支援事業を行う事業者その他の関係者との連絡調整その他の便宜の提供を行わなければならない。

(指定の辞退)

第8条 指定事業者は、指定を受けた事業について辞退しようとするときは、指定辞退届出書（様式第5号）を、辞退しようとする日の1月前までに市長に提出しなければならない。

(指定の更新)

第9条 指定事業者は、法第115条の45の6第4項の規定により準用する法第115条の45の5第1項の規定により指定の更新を受けようとするときは、指定更新申請書（様式第6号）に関係書類を添えて、当該指定の有効期間の満了の日の3月前までに市長に提出しなければならない。

ない。

- 2 市長は、前項の申請があつた場合においては、当該申請をした者について指定の更新の適否を審査し、その結果について、当該申請した者に通知するものとする。

(指定の取消し等)

第10条 市長は、法第115条の45の9の規定により、指定事業者の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定事業者の指定の全部若しくは一部の効力を停止したときは、当該指定事業者に通知するものとする。

(事業者情報の提供)

第11条 市長は、第4条から前条までの各規定による指定及び指定の更新、届出の受理、指定の取消し若しくは効力の停止（以下この条において「指定等」という。）をしたときは、当該指定等に係る事業者に関する情報のうち、次に掲げる事項を富山県、国民健康保険団体連合会その他の関係機関に提供することができる。

- (1) 事業所の名称及び所在地
- (2) 当該事業所の指定の申請をした者及び主たる事業所の所在地並びに代表者及び役員に関する情報
- (3) 指定年月日及び指定更新年月日並びに指定有効期間満了日
- (4) 事業開始年月日（事業廃止年月日、事業休止年月日、事業再開年月日、指定取消年月日又は指定停止年月日）
- (5) 運営規程
- (6) 介護保険事業所番号
- (7) その他市長が必要と認める事項

(委任)

第12条 この要綱に規定するもののほか、介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者の指定等に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この告示は、平成29年4月1日から施行する。

(施行日前の準備行為)

- 2 この要綱の規定は、施行の日以後における介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定等に関し必要な行為に限り、この要綱の施行前においても、これらの規定の例により行うことができる。

様式第1号（第4条関係）

様式第1号(第4条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年 月 日

滑川市長 あて

(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 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				
指定事業受所のようとする	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					付表1
	緩和した基準による訪問型サービス					
	介護予防通所介護相当サービス					付表2
	緩和した基準による通所型サービス					
既に指定(登録)を受けている事業所の種類		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 1 「指定申請対象事業等」「既に指定(登録)を受けている事業等」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

付表1 訪問型サービス事業所の指定に係る記載事項

☐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

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				
	訪問介護員等との業務の有無				☐ 有 ☐ 無
	同一敷地内の他の事業所又は施設の利用者との業務(業務の場合記入)	名称			
		業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		訪問介護員等			
		専 従	兼 務		
常 勤(人)					
非常勤(人)					
常勤換算後の人数(人)					
利用者の推定数(人)					
サービス提供責任者 ※介護予防訪問介護相当サービス	フリガナ			住所	(郵便番号 -)
	氏 名				
	フリガナ			住所	(郵便番号 -)
	氏 名				
添付書類	別添のとおり				

(訪問型サービスを事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

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			

- 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添に記載した書類を添付してください。
 2 管理者の業務については、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。
 3 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

付表2 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項

☐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

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				
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				
	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			
		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		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員
常 勤(人)					
非常勤(人)					
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡			
営業時間		～			
サービス提供時間		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) ① : ～ : ② : ～ : ③ : ～ :			
利用定員		人 単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人			
建物の構造		☐ 耐火建築物 ☐ 準耐火建築物 ☐ その他			
添付書類		別添のとおり			

(通所型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

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			
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡			
営業時間		～			
サービス提供時間		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) ① : ～ : ② : ～ : ③ : ～ :			
利用定員		人 単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人			
建物の構造		☐ 耐火建築物 ☐ 準耐火建築物 ☐ その他			
添付書類		平面図			

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。
3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

様式第2号（第7条関係）

様式第2号（第7条関係）

変更届出書

年 月 日

清川市長 あて

申請者 住所
(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													
	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 「(参考)変更届への標準添付書類一覧」を確認し、必要書類を添付してください。

様式第3号（第7条関係）

様式第3号(第7条関係)

廃止・休止届出書

年 月 日

滑川市長 あて

住所
申請者 （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。

	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 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

様式第4号(第7条関係)

年 月 日

住所
(所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

[illegible]

8/10

様式第5号 (第8条関係)

年 月 日

滑川市長 あて

所在地	
事業者名称	
代表者名	

次のとおり指定を辞退するので届け出ます。

	介護保険事業者番号									
指 定 を 辞 退 す る 事 業 所	名 称									
	所在地									
指 定 を 受 け た 年 月 日	年 月 日									
指 定 を 辞 退 す る 年 月 日	年 月 日									
指 定 を 辞 退 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										

注 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

様式第6号（第9条関係）
様式第6号（第9条関係）

指定更新申請書

年 月 日

滑川市長 あて

(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										
管理者	フリガナ 名称										
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 県 郡市									
	フリガナ 氏名					生年月日					
	住所	(郵便番号 -) 県 郡市									

別添 1 誓約書(参考様式5)