

潟上市介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業の指定等に関する要綱

平成29年3月13日

告示第23号

(趣旨)

第1条 この告示は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の実施に関し、法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。）に定めるもののほか、総合事業における指定事業者（潟上市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（平成29年潟上市告示第22号）第5条に規定するサービスを実施する事業者）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 この告示における用語の意義は、法、施行規則及び介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針（平成27年厚生労働省告示第196号）において使用する用語の例による。

(指定の申請)

第3条 法第115条の45の5第1項の規定による指定事業者の指定（以下「指定」という。）の申請（以下「指定申請」という。）は、介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書（様式第1号。以下「指定申請書」という。）により行うものとする。

(変更の届出等)

第4条 指定事業者は、指定申請書に記載した事項に変更があったときは、10日以内に、潟上市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届書（様式第2号）に変更した内容が分かる書類を添付して市長に提出するものとする。

2 施行規則第140条の62の3第2項第4号の規定による事業の廃止又は休止の届出は、潟上市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業廃止・休止・再開届出書（様式第3号）により行うものとする。

3 指定事業者は、休止した事業を再開したときは、10日以内に、潟上市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業廃止・休止・再開届出書（様式第3号）に必要書類を添付して市長に提出するものとする。

(指定の更新)

第5条 法第115条45の6第1項の規定による指定事業者の指定の更新の申請は、潟上市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者更新申請書（様式第4号）に関係書類を添付して市長に提出するものとする。

(指定事業者の指定)

第6条 市長は、第3条に規定する申請があった場合は、法第115条の45の5第2項の規定に基づき指定の適否を審査し、潟上市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者

指定通知書（様式第5号）により通知するものとする。

2 施行規則第140条の63の7に規定する市が定める期間は、6年とする。

3 前項の規定にかかわらず、第1号訪問事業と法第8条第2項に規定する訪問介護を、又は第1号通所事業と法第8条第7項に規定する通所介護を一体的に運営（同一法人が同一建物内において一体的に運営している場合をいう。）している指定事業者の指定期間は、当該訪問介護又は通所介護の指定の有効期間とすることができるものとする。

（指定の拒否）

第7条 市長は、前条第1項に規定する指定事業者の指定については、当該事業者を指定することにより、潟上市介護保険事業計画に規定す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場合においては、これを行わないことができるものとする。

（事業者情報の公表及び提供）

第8条 第6条第1項の規定による指定又は第4条に規定する届出の受理（以下「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公表するとともに、秋田県、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して、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者及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所

（3）指定年月日

（4）事業開始年月日

（5）運営規定

（6）介護保険事業所番号

（7）その他市長が適当と認める事項

（その他）

第9条 この告示に定めるもののほか、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。

（準備行為）

2 この告示の規定による総合事業における指定第1号事業の指定等に関する必要な手続その他この告示を施行するための準備行為は、この告示の施行の日前においても行うことができる。

受付番号※

潟上市介護予防・日常生活支援総合事業
指定事業者指定申請書

年 月 日

潟上市長 殿

所在地
申請者 名称
代表者の職・氏名



介護保険法第115条45の5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。

事業所所在地市町村番号※

申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —)				
		ビルの名称等				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
		法人の種別※		法人所轄庁※		
	代表者の職・氏名・生年月日	職名	フリガナ		生年月日	
			氏名			
代表者の住所	(郵便番号 —)					
	ビルの名称等					
指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ					
	名称					
	事業所等の所在地	(郵便番号 —)				
		ビルの名称等				
	事業所連絡先	電話番号				
	同一所在地において行う事業の種類		実施事業※	指定申請をする事業の事業開始予定年月日※	既に指定を受けている事業の指定年月日※	様式
	支援総合事業サービス	訪問型サービス				付表1
		訪問型サービスA				付表1
通所型サービス				付表2		
通所型サービスA				付表2		
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区市町村						
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 「受付番号」「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、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、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 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
- 6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- 7 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は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。

潟上市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届書

年 月 日

潟上市長 殿

所在地
事業者 名称
代表者の職・氏名 ㊟

次のとおり事業者指定を受けた内容を変更したいので届け出ます。

		介護保険事業所 番号										
指定内容を変更する事業所(施設)		名称										
		所在地										
サービスの種類												
変更があった事項		変 更 の 内 容										
1	事業所・施設の名称	(変更前)										
2	事業所・施設の所在地											
3	申請者の名称											
4	主たる事務所の所在地											
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名											
6	定款・寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等 (当該事業に関するものに限る。)に規定する事項											
7	事業所が病院若しくは診療所又はその他の事業所の いずれかの別											
8	事業所・建物の平面図、建物の構造、設備の概要等											
9	事業所・施設の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	(変更後)										
10	運営規程											
11	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関											
12	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											
13	サービス費の請求に関する事項											
14	役員の氏名、生年月日及び住所											
15	本体施設、本体施設との移動経路等											
16	併設施設の状況等											
17	管理者及び従事者等の氏名等											
変 更 年 月 日		年 月 日										

備考 1 該当項目番号に○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。

潟上市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業廃止・休止・再開届出書

年 月 日

潟上市長 殿

所在地
事業者 名称
代表者の職・氏名

印

次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしたいので届け出ます。

	介護保険事業者番号									
廃止（休止・再開）する事業所	名 称									
	所在地									
サービスの種類										
休止・廃止・再開の別	休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開									
休止・廃止・再開する年月日	年 月 日									
休止・廃止の理由										
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置 (休止・廃止した場合のみ)										
休止予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日									

備考 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

受付番号※

潟上市介護予防・日常生活支援総合事業
指定事業者更新申請書

年 月 日

潟上市長 殿

所在地
申請者 名称
代表者の職・氏名



介護保険法第115条45の6第1項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。

事業所所在地市町村番号※

申請者	フリガナ						
	名称						
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 —)				
			ビルの名称等				
	連絡先		電話番号			FAX番号	
	法人の種別※				法人所轄庁※		
	代表者の職・氏名・生年月日		職名			フリガナ	生年月日
				氏名			
代表者の住所		(郵便番号 —)					
		ビルの名称等					
指定更新を受けようとする事業所の種類	フリガナ						
	名称						
	事業所等の所在地		(郵便番号 —)				
			ビルの名称等				
	事業所連絡先		電話番号				
	同一所在地において行う事業の種類		実施事業※	指定更新をする事業の事業開始予定年月日※	既に指定を受けている事業の指定年月日※	様式	
	支 援 総 合 事 業 サ ー ビ ス	介護予防・日常生活支援総合事業サービス		訪問型サービス			付表1
		訪問型サービスA			付表1		
		通所型サービス			付表2		
		通所型サービスA			付表2		
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区市町村							
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 「受付番号」「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、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、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 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「指定更新申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
- 6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- 7 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は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。

住所

法人名

代表 様

潟上市長

潟上市介護予防・日常生活支援総合事業第 1 号事業者指定通知書

介護保険法第 115 条の 45 の 5 第 1 項の規定に基づき、潟上市介護予防・日常生活支援総合事業における第 1 号事業者として指定します。

介護保険事業所番号										
申請者名										
事業所名										
所在地										
サービスの種類										
指定年月日										
指定の有効期間										
特記事項										