

○肝付町介護予防・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する要綱

平成29年3月31日告示第45号

肝付町介護予防・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「省令」という。）に定めるもののほか、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を定めるものとする。

(指定の申請)

**第2条** 法第115条の45の5第1項の規定による申請は、肝付町介護予防・日常生活支援総合事業指定申請書（様式第1号）により行うものとする。

2 前項の申請は、別表第1に掲げる書類その他町長が必要と認める書類を添付して行うものとする。

3 第1項の申請は、事業開始予定日の1月前までに行うものとする。

(指定事業者の指定)

**第3条** 町長は、前条に規定する申請があったときは、法第115条の45の5第2項の規定に基づき、法施行規則第140条の63の6の規定により町長が定める基準は、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生労働省令第37号）に準ずるものとし、当該基準に基づき指定の適否を審査し、指定することを決定したときは、当該申請をした者にその旨を事業所指定通知書（様式第2号）により通知するものとする。

2 前項より指定を受けた者は、その旨を当該指定に係る事業所の見やすい場所に表示するものとする。

3 法施行規則第140条の63の7の規定による指定事業者の指定の期間は、6年とする。

(指定の拒否)

**第4条** 前条第1項に規定する指定事業所の指定については、当該事業所を指定することにより、町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。

(変更の届出等)

**第5条** 第3条第1項の規定により指定を受けた事業者は、申請事項に変更があったときは、変更届出書（様式第3号）により、事業を廃止、休止又は再開するときは、廃止・休止・再開届出書（様式第4号）により、それぞれ行うものとする。

(指定の更新の届出)

**第6条** 法第115条の45の6の規定による更新の申請は、肝付町介護予防・日常生活支援総合事業指定更新申請書(様式第5号)により行うものとする。

2 前項の申請は、別表第2に掲げる書類その他町長が必要と認める書類を添付して行うものとする。

3 第1項の申請は、更新予定日の1月前までに行うものとする。

(事業者情報の公表及び提供)

**第7条** 町長は、第2条から前条までの規定による指定又は届出の受理(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、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) 事業所の指定の申請者及び主たる事業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) 運営規程
- (6) 介護保険事業所番号
- (7) 前各号に掲げるもののほか町長が適当と認める事項

(雑則)

**第8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、町長が別に定める。

#### 附 則

この告示は、平成29年4月1日から施行する。

#### 別表第1 (第2条関係)

##### 1 第1号訪問事業

申請様式	添付書類
肝付町介護予防・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)	(1) 申請者の定款等及び登記事項証明書
	(2) 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表
	(3) 管理者の経歴
	(4) サービス提供責任者の経歴

訪問介護事業所の指定に係る記載事項 (付表1)	(5) 事業所の平面図 (6) 運営規程 (7) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 (8) 当該申請に係る資産の状況 (9) 法第115条の45の5第2項各号に該当しない旨の誓約書及び役員等の名簿 (10) その他指定に関し必要と認める事項
----------------------------	---

## 2 第1号通所事業

申請様式	添付書類
肝付町介護予防・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)	(1) 申請者の定款等及び登記事項証明書 (2) 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表 (3) 管理者の経歴 (4) 事業所の平面図
通所介護事業所の指定に係る記載事項 (付表2)	(5) 運営規程 (6) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 (7) 当該申請に係る資産の状況 (8) 法第115条の45の5第2項各号に該当しない旨の誓約書及び役員等の名簿 (9) その他指定に関し必要と認める事項

## 別表第2 (第6条関係)

### 1 第1号訪問事業

申請様式	添付書類
肝付町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請書 (様式第5号)	(1) 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表 (2) 管理者の経歴 (3) サービス提供責任者の経歴 (4) 法第115条の45の5第2項各号に該当しない旨の誓約書及び役員等の名簿
訪問介護事業所の指定に係る記載事項 (付表1)	(5) その他指定に関し必要と認める事項

2 第1号通所事業

申請様式	添付書類
肝付町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請書 (様式第5号)	(1) 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
通所介護事業所の指定に係る記載事項 (付表2)	(2) 管理者の経歴
	(3) 法第115条の45の5第2項各号に該当しない旨の誓約書及び役員等の名簿
	(4) その他指定に関し必要と認める事項

様式第1号 (第2条関係)

肝付町長 様

所在地  
申請者  
名 称  
代表者氏名

㊟

肝付町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

介護保険法による事業所に係る指定を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

										事業所所在市町村番号														
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					法人所轄庁					FAX 番号											
	法人の種類別																							
	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 - ) (ビルの名称等)																						
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	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					FAX 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									
	介護予防・日 常生活支援		訪問介護相当サービス													付表 1								
			通所介護相当サービス													付表 2								
	総合事業		訪問型サービス A													付表 1								
	第 1 号事業		通所型サービス A													付表 2								
介護保険事業所番号																				(既に指定を受けている場合)				
指定を受けている他市町村名																								
医療機関コード等																				(保険医療機関等として指定を受けている場合)				

- 備考 1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。  
 2 「法人の種類別」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、その全てを記載してください。

様式第 2 号 (第 3 条関係)

年 月 日

様

肝付町長



### 事業者指定通知書

標記の件について、介護保険法第115条の45の5第2項の規定により指定事業者として指定しましたので、通知します。

申請者名称	
代表者名称	
事業所名	
所在地	
介護保険事業者番号	
指定年月日	年 月 日
サービス種類	
指定の有効期間満了日	年 月 日
特記事項	

様式第3号（第5条関係）

肝付町長 様

所在地

事業者 名 称

㊟

代表者氏名

### 変 更 届 出 書

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 (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、住所及び職名											
6	定款・寄附行為等及びその登録事項証明書又は条例等 (当該事業に関するものに限る。)											
7	事業所・施設の建物の構造、専用区画等	(変更後)										
8	事業所・施設の管理者の氏名及び住所											
9	運営規程											
10	サービス費の請求に関する事項											
11	役員の氏名及び住所											
12	その他 ( )											
変 更 年 月 日		年 月 日										

備考

- 1 該当項目番号に○で囲んでください。
- 2 変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第4号 (第5条関係)

年 月 日

肝付長 様

所 在 地

事 業 者 名 称

㊤

代 表 者 氏 名

### 廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開 届 出 書

次のとおり、事業を（ 廃止 ・ 休止 ・ 再開 ）しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号																			
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・再開した年月日	年 月 日																			
休止・廃止した理由																				
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 日から 年 月 日まで																			

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。

様式第5号（第6条関係）



肝付町長 様

所在地  
申請者  
名 称  
代表者氏名

㊤

肝付町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請書

介護保険法による事業所に係る指定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				法人所轄庁				FAX番号									
	法人の種類別																			
	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 - ) (ビルの名称等)																		
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	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				FAX番号													
	同一所在地において行う事業の種類				実施事業		指定年月日				指定の有効期間満了日				様式					
	介護予防・日		訪問介護相当サービス												付表1					
	常生活支援		通所介護相当サービス												付表2					
	総合事業		訪問型サービスA												付表1					
	第1号事業		通所型サービスA												付表2					
介護保険事業所番号																				
指定を受けている他市町村名																				
医療機関コード等										(保険医療機関等として指定を受けている場合)										

- 備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。  
 2 「法人の種類別」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、該当する欄に「○」を記入してください。  
 5 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、その全てを記載してください。

付表1

訪問介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号 ※

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 - )										
		(ビルの名称等)										
連絡先	電話番号						FAX番号					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 第 条第 項第 号												
管理者	フリガナ											
	氏名	(郵便番号 - )										
	生年月日	住所										
	当該訪問介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)											
兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)		事業所等名称		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												
主なサービス提供責任者	フリガナ											
	氏名	住所 (郵便番号 - )										
	フリガナ											
	氏名	住所 (郵便番号 - )										
従業者	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)											
	基準上の必要人数(人) ※											
適合の可否 ※												
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		
	営業時間	平日		~		土曜		~		日曜・祝日 ~		
	利用料	法定代理受領分										
		法定代理受領分以外										
	その他の費用											
	通常の事業実施地域	①	②	③	④	⑤						
添付書類	別添のとおり											

- 備考 1 ※印欄には、記入しないでください。  
 2 「利用料」欄及び「その他の費用」欄は、別に資料を添付することにより、記入を省略することができます。  
 3 出張所等がある場合は、出張所等の所在地及びサービス提供に当たる訪問介護員の人数を別に記入し、添付してください。  
 4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。

付表2

通所介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号 ※

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 - )										
		(ビルの名称等)										
連絡先	電話番号					FAX番号						
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 第 条第 項第 号												
管理者	フリガナ											
	氏名	住所 (郵便番号 - )										
	生年月日											
	当該通所介護事務所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)											
兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合のみ記入)		事業所等名称										
		兼務する職種及び勤務時間等										
実施単位数		単位	同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限								人	
単位別従業者			生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		/	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
	基準上の必要人数(人)		※									
適合の可否		※										
食堂及び機能訓練室の合計面積								基準上の必要数値		適合の可否		
		㎡ ※						㎡ 以上		※		
主な揭示事項	定員	人										
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		
	営業時間	平日	~		土曜	~		日・祝	~			
	利用料	法定代理受領分										
		法定代理受領分以外										
	その他の費用											
	通常の事業実施地域	①	②	③	④	⑤						
添付書類	別添のとおり											

- 備考 1 ※印欄には、記入しないでください。
- 2 「利用料」欄及び「その他の費用」欄は、別に資料を添付することにより、記入を省略することができます。
- 3 申請に係る事業所内で、1単位のみ実施する場合は、単位①の「定員」欄、「営業日」欄、「営業時間」欄は記入を省略できます。
- 4 申請に係る事業所内で複数の単位を実施する場合は、2単位目以降に係る単位当たりの従業者、定員、営業日及び営業時間は付表2別紙3に記入し、添付してください。
- 5 申請に係る事業所の所在地以外の場所に本事業の一部を実施する施設を有するときは、付表2別紙4に必要事項を記入の上、添付してください。
- 6 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。

付表 2-2 複数の単位を実施する通所介護事業者の記載事項（2単位目以降）

受付番号 ※

事業所		フリガナ										
事業所		名称										
単位	単位別従業者	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
		常勤（人）										
		非常勤（人）										
		基準上の必要人数（人）		※		※		※		※		
適合の可否		※		※		※		※				
主な揭示事項	定員	人										
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		
	営業時間	平日		～			土曜		～		日・祝	～
		備考										
単位	単位別従業者	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
		常勤（人）										
		非常勤（人）										
		基準上の必要人数（人）		※		※		※		※		
適合の可否		※		※		※		※				
主な揭示事項	定員	人										
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		
	営業時間	平日		～			土曜		～		日・祝	～
		備考										
単位	単位別従業者	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
		常勤（人）										
		非常勤（人）										
		基準上の必要人数（人）		※		※		※		※		
適合の可否		※		※		※		※				
主な揭示事項	定員	人										
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		
	営業時間	平日		～			土曜		～		日・祝	～
		備考										