

浜田地区広域行政組合介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業所の指定等に関する要綱

平成29年2月7日

告示第2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。）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、介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業所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 この告示において使用する用語は、法、施行規則、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）及び地域支援事業実施要綱（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知「地域支援事業の実施について」）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項の規定による申請は、介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所指定申請書（様式第1号）に施行規則第140条の63の5第1項に規定する書類を添えて行うものとする。

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

（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、浜田地区広域行政組合（以下「組合」という。）が策定する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又は組合における地域支援事業の円滑かつ適切な実施に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。

（指定更新の届出）

第5条 法第115条の45の6第1項の規定による指定の更新に係る申請は、介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所指定更新申請書（様式第2号）に施行規則第140条の63の5第2項に規定する書類を添えて行うものとする。

第9編 介護保険（浜田地区広域行政組合介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業所の指定等に関する要綱）

2 前項の規定により指定の更新を受けた者は、その旨を当該更新に係る事業所の見やすい場所に標示するものとする。

（変更の届出等）

第6条 指定の申請事項の変更に係るものにあつては介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所指定変更届出書（様式第3号）により、事業の廃止、休止、又は再開に係るものにあつては介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所指定廃止・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。

（事業所情報の公表及び提供）

第7条 浜田地区広域行政組合管理者（以下「管理者」という。）は、第3条、第5条及び前条の規定による届出の受理をしたときは、当該指定等に係る事業所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、島根県、島根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務所の所在地並びにその代表者の氏名及び住所
- (3) 指定年月日及び指定有効期間満了日
- (4) 事業開始年月日
- (5) 運営規程
- (6) 介護保険事業所番号
- (7) その他管理者が適当と認める事項

（その他）

第8条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、管理者が別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

（準備行為）

2 管理者は、この告示の施行日前においても、介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業所の指定等に関し必要な手続を行うことができる。

第9編 介護保険（浜田地区広域行政組合介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業所の指定等に関する要綱）

様式第1号（第3条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所 指定申請書

年 月 日

浜田地区広域行政組合 管理者 様

所在地

名称

代表者氏名

印

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。

		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		FAX 番号	
	法人の種別		法人所轄庁			
	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 -)			
	事業所等の所在地		(郵便番号 -)			
指定を受けようとする事業所の種類	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 サービス 訪問型サー ビス	介護予防訪問介護（従来型）				付表1-1
		訪問型サービスA（緩和型）				付表1-2
	通所型サー ビス 通所型サー ビスA （緩和型）	介護予防通所介護（従来型）				付表2-1
		通所型サービスA1 (リハビリテーション目的)				付表2-2
		通所型サービスA2 (運動機能向上・ 認知症予防目的)				
通所型サービスA3 (交流目的)						
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						

第9編 介護保険（浜田地区広域行政組合介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業所の指定等に関する要綱）

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、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 「指定を受けている他市町村名」は、浜田市、江津市以外の市町村の被保険者が利用している場合にその市町村名を記入してください。複数ある場合は、すべての市町村名を記入してください。
- 8 保険医療機関、保健薬局、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、そのすべてを記載してください。

第9編 介護保険（浜田地区広域行政組合介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業所の指定等に関する要綱）

様式第2号（第5条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所 指定更新申請書

年 月 日

浜田地区広域行政組合 管理者 様

所在地
 名称
 代表者氏名 印

介護保険法に規定す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。

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)			
事業所	フリガナ 名 称			
	所在地	(郵便番号 —)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	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			
	フリガナ 名 称			
	所在地	(郵便番号 —)		
連絡先	電話番号		FAX番号	
管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	フリガナ	生年月日		住所・経歴は別添のとおり
	氏名			
事業等の種類			事業所番号	
現に受けている指定の有効期間満了日				
役員 <small>の氏名、生年月日及び住所</small>				別添のとおり
誓約書				別添のとおり
介護支援専門員 <small>の氏名及びその登録番号</small>				別添のとおり

第9編 介護保険（浜田地区広域行政組合介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業所の指定等に関する要綱）

様式第3号（第6条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所 指定変更届出書

年 月 日

浜田地区広域行政組合 管理者 様

所在地

名称

代表者氏名

印

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									
		電話番号		FAX 番号							
サービスの種類											
変更があった事項		変更の内容									
1	事業所の名称及び所在地	(変更前) (変更後)									
2	主たる事務所の所在地										
3	代表者（開設者）の氏名、生年月日、住所及び職名										
4	定款、寄付行為等及びその登記事項証明書、条例等 （当該事業に関するものに限る。）										
5	事業所の建物の構造概要、平面図及び設備の概要										
6	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴										
7	運営規程										
8	サービス費の請求に関する事項										
9	誓約書、役員の氏名、生年月日及び住所										
変更年月日		年 月 日									

備考 1 「変更事項」欄は、該当する項目番号に「○」を付してください。

2 変更内容が確認できる書類を添付してください。

第9編 介護保険（浜田地区広域行政組合介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業所の指定等に関する要綱）

様式第4号（第6条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所 指定廃止・休止・再開届出書

年 月 日

浜田地区広域行政組合 管理者 様

所在地

名称

代表者氏名

印

次のとおり事業の（廃止・休止・再開）を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										
	連絡先	電話番号									
		FAX番号									
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) 年月日	年 月 日										
(休止・廃止) する理由											
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・廃止する場合のみ)											
休止予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日										

備考 1 事業の再開に係る届出にあっては、当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類等を添付してください。

2 事業の廃止又は休止に係る届出にあっては、廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

3 廃止・休止・再開の該当項目に○をしてください。