

浜田地区広域行政組合指定居宅介護支援事業所の指定等 に関する規則

平成30年3月31日

規則第3号

改正 平成31年3月1日規則第2号

（趣旨）

第1条 この規則は、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、指定居宅介護支援事業所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79条第1項及び施行規則第132条第1項の規定による申請は、指定居宅介護支援事業所指定申請書（様式第1号）により行うものとする。

2 法第79条第1項の規定に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標示するものとする。

（指定の更新の申請）

第3条 法第79条の2第1項及び施行規則第132条第2項に規定する更新の申請は、指定居宅介護支援事業所指定更新申請書（様式第2号）により行うものとする。

（変更の届出等）

第4条 法第82条第1項に規定する届出は、施行規則第133条第1項に規定する事項にあっては指定居宅介護支援事業所変更届出書（様式第3号）、施行規則第133条第2項に規定する事項にあっては指定居宅介護支援事業所再開届出書（様式第4号）により行うものとする。

2 第82条第2項及び施行規則第133条第3項に規定する届出は、指定居宅介護支援事業所廃止・休止届出書（様式第5号）により行うものとする。

（事業所情報の提供）

第5条 管理者は、第2条から前条までの規定による指定、指定の更新又は届出の受理並びに法第84条第1項に規定する指定の取消し若しくは期間を定めて行う指定の全部若しくは一部の効力の停止（以下「指定の取消し等」という。）（以下「指定等」という。）をしたときは、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、当該指定等に係る事業所に関する情報のうち、次に掲げる事項を提供することができる。

第9編 介護保険（浜田地区広域行政組合指定居宅介護支援事業所の指定等に関する規則）

- (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代表者の氏名及び住所
- (3) 指定、指定更新又は指定の取消し等の年月日並びに指定有効期間満了日
- (4) 事業開始及び事業廃止年月日
- (5) 事業休止及び事業再開年月日
- (6) 運営規程
- (7) 介護保険事業所番号

（公示）

第6条 法第85条の規定による公示は、法第85条各号の措置に係る事業所に関する次に掲げる事項について行うものとする。

- (1) 介護保険事業所番号
- (2) 指定居宅介護支援事業所の名称及び所在地
- (3) 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
- (4) 指定をし、事業の廃止の届出の受理をし、又は指定を取り消した場合にあっては、その年月日
- (5) 指定の全部又は一部の効力を停止した場合にあっては、その内容及びその期間
- (6) サービスの種類

（委任）

第7条 この規則に定めるもののほか、指定居宅介護支援事業所の指定等に必要な事項は、管理者が別に定める。

附 則

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

附 則（平成31年3月1日規則第2号）

この規則は、平成31年4月1日から施行する。

受付番号	
------	--

様式第1号（第2条関係）

指定居宅介護支援事業所 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

申請者 名称

代表者職・氏名

印

介護保険法に規定する指定居宅介護支援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		(〒 —)			
	連絡先		電話番号		FAX番号	
	法人の種類		法人の所轄庁			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ		生年月日	
			氏名			
代表者の住所		(〒 —)				
事 業 所	フリガナ					
	名称					
	所在地		(〒 —)			
	連絡先		電話番号		FAX番号	
事業開始の予定年月日		年 月 日				
同 一 所 在 地 内 で 行 う 事 業 所 の 種 類	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護		実施事業	事業開始(予定)年月日	指定(許可)年月日
		認知症対応型通所介護				
		小規模多機能型居宅介護				
		認知症対応型共同生活介護				
		地域密着型特定施設入居者生活介護				
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護				
		看護小規模多機能型居宅介護				
		地域密着型通所介護				
	介護予防型地域密着型サービス	介護予防認知症対応型通所介護				
		介護予防小規模多機能型居宅介護				
		介護予防認知症対応型共同生活介護				
	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)			
医療機関コード等						

【備考】

- 1 「受付番号」欄には記入しないでください。
- 2 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人の所轄庁」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入してください。
- 4 「同一所在地内で行う事業所の種類」の項目については、該当する場合に記入してください。
- 5 「実施事業」欄は、既に指定又は許可を受けている事業に「○」を、他市町村に指定又は許可の申請をしている事業については「申請中」と記入してください。
- 6 「事業開始(予定)年月日」欄は、該当する欄に事業の開始(予定)年月日を記入してください。
- 7 「指定(許可)年月日」欄は、介護保険法による指定事業者等として指定又は許可された年月日を記入してください。
- 8 「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局、介護老人保健施設又は訪問看護事業所として医療機関コードが付番されている場合に記入してください。複数の医療機関コードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記入してください。

様式第2号（第3条関係）

受付番号	
------	--

指定居宅介護支援事業所 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

申請者 名称

代表者職・氏名

印

介護保険法に規定する指定居宅介護支援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	(〒 —)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種類			法人の所轄庁		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ		生年月日	
			氏名			
代表者の住所	(〒 —)					
事 業 所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(〒 —)				
	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	(〒 —)					
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		
	氏名			住所、経歴は別添のとおり		
介護保険事業所番号						
現に受けている指定の有効期間満了日						
誓約書	別添のとおり					
介護支援専門員の氏名及びその登録番号	別添のとおり					

- 【備考】
- 「受付番号」欄には記入しないでください。
 - 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」等の別を記入してください。
 - 「法人の所轄庁」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入してください。

様式第3号（第4条関係）

指定居宅介護支援事業所 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

事業者 名称

代表者職・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		名 称				
		所在地				
		電話番号			FAX 番号	
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)				
2	申請者（事業者）の名称及び主たる事務所の所在地					
3	代表者の氏名、生年月日及び住所					
4	登記事項証明書、条例等 （当該事業に関するものに限る。）					
5	事業所の平面図	(変更後)				
6	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び住所					
7	運営規程					
8	介護支援専門員の氏名及びその登録番号					
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。

様式第4号（第4条関係）

指定居宅介護支援事業所 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

事業者 名称

代表者職・氏名

印

次のとおり事業の再開をしましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号										
再開した事業所	名称										
	所在地										
	連絡先	電話番号									
		FAX番号									
再開した年月日	年 月 日										

【備考】 事業の再開に係る届出にあつては、介護保険法施行規則に定める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を添付してください。

様式第5号（第4条関係）

指定居宅介護支援事業所 廃止・休止 届出書

年 月 日

浜田地区広域行政組合 管理者 様

所在地

事業者 名 称

代表者職・氏名 印

次のとおり事業を（ 廃止 ・ 休止 ）するので届け出ます。

	介護保険事業者番号								
(廃止・休止) する事業所	名 称								
	所 在 地								
	連 絡 先	電 話 番 号							
		FAX 番 号							
(休止・廃止) の別	休 止 ・ 廃 止								
(休止・廃止) 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る者に対する措置									
休止予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日								

- 【備考】
- 1 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。
 - 2 廃止・休止の該当項目に○をしてください。