

## 浜田地区広域行政組合指定介護予防支援事業所の指定等に関する規則

平成23年3月28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、指定介護予防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115条の22第1項の規定による申請は、指定介護予防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115条の22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。

（変更の届出等）

第3条 法第115条の25の規定による届出は、施行規則第140条の37第1項に掲げる事項の変更に係るものにあつては変更届出書（様式第2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廃止・休止・再開届出書（様式第3号）により、それぞれ行うものとする。

（指定更新の届出）

第4条 法第115条の31において準用する法第70条の2の規定による申請は、指定介護予防支援事業所指定更新申請書（様式第4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、届出の受理又は指定の更新（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。

- (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、指定更新又は指定取消し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

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

- (5) 運営規程
- (6) 介護保険事業所番号
- (7) 管理者の氏名、住所及び経歴
- (8) 役員の氏名及び住所
- (9) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号

（公示）

第6条 法第115条の30の規定による公示は、同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) 指定介護予防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、指定の取消し、事業の廃止、指定の全部若しくは一部の効力の停止又は指定有効期間満了日の年月日
- (5) 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、指定介護予防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

（施行期日）

この規則は、平成23年3月28日から施行する。

様式第1号（第2条関係）

指定介護予防支援事業所指定 申請書

年 月 日

浜田地区広域行政組合 管理者 様

所在地

名 称

代表者氏名

介護保険法に規定する指定介護予防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	(郵便番号 ー )				
		(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	生年月日	
				氏名		
	代表者の住所	(郵便番号 ー )				
		(ビルの名称等)				
事業所等の所在地	(郵便番号 ー )					
	(ビルの名称等)					
当該申請に係る事業の開始の予定年月日			地域包括支援センターの設置年月日 (設置している場合に記入)			

様式第2号（第3条関係）

指定介護予防支援事業所指定 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

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							
変更があった事項			変更内容						
1	事業所の名称								
2	事業所の所在地								
3	主たる事務所の所在地								
4	代表派の氏名、住所及び職名								
5	定款・寄附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。）								
6	事業所の平面図								
7	事業所の管理者の氏名、住所及び経歴								
8	運営規程								
9	当該申請に係る事業に係る介護予防サービス計画費の請求に関する事項								
10	役員の氏名及び住所								
11	介護支援専門員の氏名及びその登録番号								

- 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。

様式第3号（第3条関係）

指定介護予防支援事業所指定 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

次のとおり事業の廃止(休止・再開)をいた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									
現に介護予防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、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4号（第4条関係）

指定介護予防支援事業所指定 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

名 称

代表者氏名

介護保険法に規定する指定介護予防支援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)				
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		
現に受けている指定の有効期間満了日					
役員の名、生年月日及び住所					
誓約書					
介護支援専門員の名及びその登録番号					