

○金ケ崎町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定等の手続に関する要綱

平成28年2月1日

告示第3号

(趣旨)

第1 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「施行規則」という。）に定めるもののほか、法第115条の45第1項第1号に規定する第1号事業を行う事業者の指定に関し必要な事項の指定その他の手続に関し、必要な事項を定めるものとする。

(指定の申請等)

第2 法第115条の45の5第1項の規定に基づき指定事業者の指定（同項に規定する指定事業者の指定をいう。以下同じ。）を受けようとする者は、金ケ崎町介護予防・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、町長が必要と認める書類を添えて、町長に提出しなければならない。

2 町長は、前項の申請があったときは、速やかにその内容を審査し、指定の可否を決定し、金ケ崎町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所指定（不指定）通知書（様式第2号）により当該申請をした者に通知するものとする。

3 指定事業者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掲示するものとする。

4 前3項の規定は、法第115条の45の6の更新について準用する。

(変更の届出等)

第3 指定事業者（法第115条の45の3第1項に規定する指定事業者をいう。以下同じ。）は、施行規則第140条の63の5第1項で定める事項に変更があったときは、変更事由が発生した日から10日以内に、金ケ崎町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所変更届出書（様式第3号）に町長が必要と認める書類を添えて、町長に提出しなければならない。

2 指定事業者は、当該指定に係る事業を廃止し、又は休止しようとするときは、当該廃止・休止の日の1月前に、また、指定事業者が休止した当該指定に係る事業を再開したときは、再開した日から10日以内に、金ケ崎町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所廃止・休止・再開届出書（様式第4号）を町長に提出しなければならない。

(事業所情報の提供)

第4 町長は、指定事業者の指定若しくは第3の届出の受理又は法第115条の45の9の規定による指定の取消し若しくは指定の全部若しくは一部の効力の停止（以下「指定等」という。）をしたときは、都道府県、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、次の各号に掲げる事項を提供することができる。

- (1) 名称及び所在地並びに代表者の氏名
 - (2) 指定等を行った者の名称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) サービスの種類
 - (4) 指定等をした年月日
 - (5) 事業開始年月日
 - (6) 運営規程
 - (7) 介護保険事業所番号
 - (8) その他町長が必要と認める事項
- (補則)

第5 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、別に定める。

前 文（平成29年2月1日告示第9号）抄

平成29年4月1日から施行する。

様式第1号（第2関係）

金ケ崎町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所指定申請書

年 月 日

金ケ崎町長 様

所在地
申請者 名称 印

介護保険法に規定する事業者に係る指定を受けるため、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 -)				
	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			
指定を受けようとする事業所の種類	代表者の住所		(郵便番号 -)				
	事業所等の所在地		(郵便番号 -)				
	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
	訪問型サービス	介護予防訪問介護相当サービス					付表 1-1
		訪問型サービス A					付表 1-2
	通所型サービス	介護予防通所介護相当サービス					付表 2-1
							付表 2-2
		通所型サービス A					付表 2-1
							付表 2-2
	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							

- 備考1 「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。
- 2 「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。
 - 3 「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。
 - 4 「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。
 - 5 「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。
 - 6 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。

付表1-1

金ヶ崎町介護予防・日常生活支援総合事業の指定に係る記載事項

事業所で提供するサービスすべてにチェックを付けてください。

介護予防訪問介護相当サービス

訪問型サービスA

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				
管理者	フリガナ						住所	(郵便番号 -)				
	氏名											
	生年月日											
	訪問介護員等との兼務の有無						(有・無)					
	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									
訪問事業 責任者 ※	フリガナ						住所	(郵便番号 -)				
	氏名											
	フリガナ						住所	(郵便番号 -)				
	氏名											
従業者							訪問介護員等					
							専従		兼務			
	常勤(人)											
非常勤(人)												
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	～	
		備考										
	その他の費用											
通常の事業	①		②		③		④		⑤			
実施地域	備考											
添付書類	別添のとおり											

備考 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

※訪問事業責任者の要件は、介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者または一定の研修受講者

(別添) 付表 1-2 金ケ崎町介護予防・日常生活支援総合事業の指定(許可)申請に係る必要書類一覧

主たる事業所の名称(事業所番号)

番号	書類名	適否	様式 ※記載のない ものは任意	介護予防訪問 介護相当サー ビス	訪問型サー ビス A	備考
1	介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所指定申請書		第1号様式			
2	金ケ崎町介護予防・日常生活支援総合事業の指定に係る記載事項		付表1-1			
3	登記事項証明書又は履歴(現在)事項全部証明書(原本)		原本			複数のサービスを同時に申請する場合は、原本を1部、他は写しを添付すること
4	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表					
5	管理者名簿		管理者名簿			
6	サービス提供責任者の経歴		サービス提供責任者経歴書			
7	町が実施した研修修了者を従業者とする場合修了証書の写					
8	事業所の平面図(各室の用途を明示するものとする)					
9	事業所の外観及び内部の様子がわかる写真					
10	当該事業に係る設備・備品一覧		設備・備品等一覧表			
11	運営規程					
12	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要		利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要			
13	決算書(預金通帳)の写し					
14	事業計画書(申請事業についての計画書)					
15	収支予算書(申請サービスに関する収支のみとし、指定希望月から月別で1年間分)					
16	介護保険法第115条の45の5第2項の指定基準を満たす旨の誓約書					

「介護予防訪問介護相当サービス」と「訪問型サービスA」を同時に届出する場合は、番号1の提出部数は1部となります。

付表 2-1 金ケ崎町介護予防・日常生活支援総合事業の指定に係る記載事項

事業所で提供するサービス全てにチェック印を付けてください。

介護予防通所相当サービス 通所型サービスA(一般型) 通所型サービスA(運動器機能向上型)

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					
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)					
	氏名											
	生年月日	年	月	日								
	当該通所型サービス事業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			事業所等名称								
	他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記入)			兼務する職種 及び勤務時間等								
実施単位数	単位	事業所で同時に通所型サービスを行う利用者の上限				人						
通所型サービス事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積												
m ²												
当該単位で同時に通所型サービスを行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積												
人 m ²												
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		従業者(無資格)	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)											
非常勤(人)												
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		～		日曜・祝日	～
			サービス提供時間									
			備考									
	利用料		法定代理受領分				介護報酬告示額の1割又は2割(負担割合証の割合に準ずる)					
			法定代理受領分以外				介護報酬告示上の額					
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 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 2 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 3 本事業所内で複数の単位を実施する場合には、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、別紙にて提出してください。
 4 従業者の員数については、総数を記載してください。
 5 当該サービス以外のサービスを実施する場合には、当該サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表2 (別紙)通所型サービス A の指定に係る記載事項(2単位目以降)

事業所	フリガナ													
	名称													
2	当該単位で同時に通所事業を行う利用者の数及び通所事業の提供に必要な場所の合計面積											人	m ²	
	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		従業者(無資格)				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤(人)													
	非常勤(人)													
	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		～		日曜・祝日	～			
	サービス提供時間													
備考														
3	当該単位で同時に通所事業を行う利用者の数及び通所事業の提供に必要な場所の合計面積											人	m ²	
	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		従業者(無資格)				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤(人)													
	非常勤(人)													
	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		～		日曜・祝日	～			
	サービス提供時間													
備考														
4	当該単位で同時に通所事業を行う利用者の数及び通所事業の提供に必要な場所の合計面積											人	m ²	
	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		従業者(無資格)				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤(人)													
	非常勤(人)													
	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		～		日曜・祝日	～			
	サービス提供時間													
備考														

(別添) 付表 2-2 金ケ崎町介護予防・日常生活支援総合事業の指定(許可)申請に係る必要書類一覧

主たる事業所の名称(事業所番号)

番号	書類名	適否	様式 ※記載のないものは任意	介護予防通所介護相当サービス	通所型サービスA	備考
1	介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所指定申請書		第1号様式			
2	金ケ崎町介護予防・日常生活支援総合事業の指定に係る記載事項		付表2-1			
3	登記事項証明書又は履歴(現在)事項全部証明書(原本)		原本			複数のサービスを同時に申請する場合は、原本を1部、他は写しを添付すること
4	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表					
5	管理者名簿		管理者名簿			
6	事業所の平面図(各室の用途を明示するものとする)					新規申請時のみ
7	事業所の外観及び内部の様子がわかる写真					
8	当該事業に係る設備・備品一覧		設備・備品等一覧表			
9	使用車両の車検証					
10	運営規程					
11	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要		利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要			
12	決算書(預金通帳)の写し					
13	事業計画書(申請事業に關しての計画書)					
14	収支予算書(申請サービスに關する収支のみとし、指定希望月から月別で1年間分)					
15	介護保険法第115条の45の5第2項の指定基準を満たす旨の誓約書					
16	建物安全性等調査票		建物安全性等調査票			創設の場合は不要

「介護予防通所介護相当サービス」と「通所型サービスA」を同時に届出する場合は、番号1の提出部数は1部となります。

金ケ崎町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所指定（不指定）通知書

第 号
年 月 日

様

金ケ崎町長 印

年 月 日付けで申請のありました事業所の指定については、
次のとおり決定しましたので通知します。

1 指定します。

申請事業者の名称	
代表者の氏名	
事業所の名称	
事業所の所在地	
指定年月日	
指定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
サービスの種類	
事業所番号	

2 指定しません。

理 由

様式第3号（第3関係）

金ケ崎町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所変更届出書

金ケ崎町長 様 年 月 日

所在地

申請者 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		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	事業所の名称	(変更前)																
2	事業所の所在地・電話・FAX 番号																	
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	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）																	
7	事業所の建物の構造、専用区画等																	
8	事業所の管理者の氏名及び住所	(変更後)																
9	運営規程																	
10	重要事項説明書																	
11	その他																	
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。

様式第4号（第3関係）

金ケ崎町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所廃止・休止・再開届出書

年 月 日

金ケ崎町長 様

所在地

申請者 名称

代表者職氏名 印

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 ～ 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。