

○潮来市介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業者の指定に関する要綱

平成29年2月10日  
告示第24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係る法第115条の45第1項第1号イに規定する第1号訪問事業(以下「第1号訪問事業」という。)及び同号ロに規定する第1号通所事業(以下「第1号通所事業」という。)を行う者の指定等に関し、必要な事項を定めるものとする。

(指定申請者の要件)

第2条 法第115条の45の5第1項の規定による指定事業者の指定(以下「指定事業者の指定」という。)申請を行うことができる者は、法人とする。

(指定申請)

第3条 指定事業者の指定申請は、介護予防・日常生活支援総合事業サービス事業所指定申請書([様式第1号](#))に、指定申請に係る添付書類一覧([様式第2号](#))に定める必要な書類を添付して行うものとする。

(指定通知)

第4条 市長は、指定申請があった場合には、これを審査し、指定をするときは、当該指定申請を行った者(以下「指定申請者」という。)に対し、指定事業者指定通知書([様式第3号](#))によりその旨を通知するものとする。

2 [前項](#)の規定により指定を受けた者は、介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定通知書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。

(指定有効期間)

第5条 指定事業所の指定は、6年ごとに更新を受けなければ、その期間の経過によって、その効力を失う。

(変更届出等)

第6条 指定事業者は、当該指定に係る内容に変更があったときは、10日以内に介護予防・日常生活支援総合事業変更届出書([様式第4号](#))により、市長に届け出なければならない。

2 事業の廃止、休止又は再開に係るものにあつては、その1月前までに介護予防・日常生活支援総合事業廃止・休止・再開届出書([様式第5号](#))により、市長に届け出なければならない。

(指定の更新申請)

第7条 法第115条の45の6第1項の規定による指定の更新申請は、介護予防・日常生活支援総合事業サービス事業所指定更新申請書([様式第6号](#))により行うものとする。

(その他)

第8条 [この告示](#)に定めるもののほか、指定事業所の指定等に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 [この告示](#)は、公表の日から施行する。

(経過措置)

2 平成27年4月1日の前日において、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(平成26年法律第83号。以下「医療介護総合確保推進法」という。)第5条の規定による改正前の法第53条第1項本文の指定を受けて介護予防訪問介護又は介護予防通所介護を行う者であつて、医療介護総合確保推進法附則第13条ただし書の別段の申出をしないものについては、施行規則附則第31条ただし書の規定により、平成27年4月1日から平成33年3月31日までの間、第1号訪問事業又は第1号通所事業を行う事業者として指定を受けた者とみなす。

[様式第1号\(第3条関係\)](#)

様式第1号(第3条関係)

受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業サービス事業所 指定申請書

年 月 日

潮来市長 様

所在地

申請者 名称及び代表者氏名

印

介護予防・日常生活支援総合事業サービス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。

事業所所在地市町村番号

申 請 者	フリガナ 名 称	<input type="text"/>			
	主たる事務所の 所 在 地	(郵便番号 <input type="text"/> ー <input type="text"/> ) 県 <input type="text"/> 郡市 <input type="text"/>			
		(ビルの名称等) <input type="text"/>			
	連 絡 先	電話番号 <input type="text"/>	FAX番号 <input type="text"/>		
	法人の種別	<input type="text"/>		法人所轄庁	<input type="text"/>
	代表者の職名・ 氏名・生年月日	職 名	フリガナ 氏 名 <input type="text"/>		生年月日 <input type="text"/>
		代表者の住所	(郵便番号 <input type="text"/> ー <input type="text"/> ) 県 <input type="text"/> 郡市 <input type="text"/> (ビルの名称等) <input type="text"/>		
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所	事業所等の所在 地 及 び 名 称	(郵便番号 <input type="text"/> ー <input type="text"/> ) 県 <input type="text"/> 郡市 <input type="text"/> (名称) <input type="text"/>			
	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
	訪問介護				付表1
	通所介護				付表2
介護保険事業所番号	<input type="text"/> (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	<input type="text"/>				

備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

2 「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。

付表1 介護予防・日常生活支援総合事業（訪問介護）に係る記載事項

受付番号	
------	--

介護保険事業所番号	
-----------	--

事業所	フリガナ名					
	所在地	(郵便番号 - ) 県 都市				
	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等の条項 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					
	届出に係る事業所で兼務する他の職種（兼務する場合のみ記入してください。）					
利用者	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）		名称			
			兼務する職種及び勤務時間等			
利用者の推定数			人			
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）		担当職員		常勤換算後の員数	基準上の必要員数	適否
		専従	兼務	人	人	
常勤 (人)						
非常勤 (人)					※	※
主な揭示事項	営業日					
	営業時間					
	利用料	代理受領分以外				
	その他の費用					
通常の事業実施地域						

- 備考
- 「受付番号」欄・※印欄には、記入しないでください。
  - 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。
  - 「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。

付表2 介護予防・日常生活支援総合事業（通所介護）に係る記載事項

受付番号

		介護保険事業所番号		<input type="text"/>							
事業所	フリガナ名	<input type="text"/>									
	所在地	(郵便番号 <input type="text"/> ー <input type="text"/> ) 県 都市									
	連絡先	電話番号	<input type="text"/>		FAX番号	<input type="text"/>					
当該事業の実施について定めてある定款等の条項第 条第 項第 号											
管理者	フリガナ氏名	<input type="text"/>		住所	(郵便番号 <input type="text"/> ー <input type="text"/> ) <input type="text"/>						
	生年月日	<input type="text"/>									
	届出に係る事務所で兼務する他の職種（兼務する場合のみ記入してください。）										
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）			名称	<input type="text"/>						
			兼務する職及び勤務時間等	<input type="text"/>							
実施単位数		単位									
単位	単位当たりの従業者			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)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		非常勤(人)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	基準上の必要員数(人)		※		※		※		※		
	適否		※		※		※		※		
	定員		人								
営業日		<input type="text"/>									
営業時間		<input type="text"/>									
食堂及び機能訓練室の合計面積			<input type="text"/> ㎡		基準上の必要数値		適否				
					※		㎡以上		※		
主な揭示事項	定員	人									
	営業日	<input type="text"/>									
	営業時間	<input type="text"/>									
	利用料	代理受領分以外		<input type="text"/>							
	その他の費用	<input type="text"/>									
通常の事業実施地域		<input type="text"/>									

- 備考 1 「受付番号」欄・※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出来ます。

様式第2号(第3条関係)

指定申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所・施設の名称

番号	添付書類	申請する事業の種類			備考
		訪問介護	通所介護		
1	申請者の定款、寄付行為及びその登記事項証明書				
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表				
3	雇用契約書又は辞令の写し				
4	管理者の経歴				
5	サービス提供責任者の経歴				
6	資格証(必要な職種のみ)の写し				
7	事業所の平面図				
8	設備・備品等に係る一覧表				
9	事業所の写真(外観及び内部設備等)				
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				
12	当該申請に係る資産の状況				
13	事業計画書・収支予算書				
14	損害賠償保険				
15	第1号支給費の請求に関する事項				
16	誓約書				
17	役員の氏名等				

[様式第3号\(第4条関係\)](#)

様式第3号(第4条関係)

第 号

指定事業者指定通知書

年 月 日

様

潮来市長 印

年 月 日付けで申請のありました介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者の指定について、下記のとおり指定をしましたので通知します。

記

介護保険事業所番号	
事業所名	
事業所所在地	
申請者名	
代表者名	
指定年月日	年 月 日
有効期限	
事業等の種類	

[様式第4号\(第6条関係\)](#)

様式第4号(第6条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業変更届出書

年 月 日

潮来市長 様

所在地  
申請者 名称及び代表者氏名

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	事業者・施設の名称	(変更前)
2	事業者・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・寄付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	事業者・施設の管理者の氏名及び住所	
9	運営規程	
10	第1号事業支給費の請求に関する事項	
11	役員の氏名及び住所	
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5号\(第6条関係\)](#)

様式第5号(第6条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業 廃止・休止・再開届出書

年 月 日

潮来市長 様

所在地  
申請者 名称及び代表者氏名

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
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6号\(第7条関係\)](#)



様式第6号(第7条関係)

受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業サービス事業所 指定更新申請書

年 月 日

潮来市長 様

所在地

申請者 名称及び代表者氏名

印

介護予防・日常生活支援総合事業サービス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。

介護保険事業所番号

申請者	フリガナ 名称	<input type="text"/>			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 <input type="text"/> ー <input type="text"/> ) 県 都市 (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号	<input type="text"/>	FAX番号	<input type="text"/>
	法人の種別	<input type="text"/>		法人所轄庁	<input type="text"/>
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	<input type="text"/>	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="text"/>
	代表者の住所	(郵便番号 <input type="text"/> ー <input type="text"/> ) 県 都市 (ビルの名称等)			
	事業所	フリガナ 名称	<input type="text"/>		
所在地		(郵便番号 <input type="text"/> ー <input type="text"/> ) 県 都市			
連絡先		電話番号	<input type="text"/>	FAX番号	<input type="text"/>
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		<input type="text"/>			
所在地		(郵便番号 <input type="text"/> ー <input type="text"/> ) 県 都市			
連絡先		電話番号	<input type="text"/>	FAX番号	<input type="text"/>
管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴		フリガナ 氏名		生年月日 <input type="text"/>	経歴等別添のとおり
事業等の種類		<input type="text"/>			
現に受けている指定の有効期間満了日		<input type="text"/>			
※添付書類 様式第2号に定める必要書類					