

## 甲佐町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定等に関する要綱

(趣旨)

第1条 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「省令」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者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 この要綱における用語の意義は、法及び省令において使用する用語の例による。

(指定事業者の指定)

第3条 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を受けようとする者は、甲佐町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書（様式第1号）に、関係書類を添えて町長に申請しなければならない。

2 町長は、前項の規定による申請を受けたときは、その内容を審査し、指定の可否を当該申請者に通知するものとする。

3 前項の規定により指定事業者の指定を受けた者（以下「指定事業者」という。）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 法施行規則第140条の63の7の規定による指定事業者の指定の有効期間は、6年とする。

(指定の拒否)

第4条 前条に規定する指定事業者の指定については、当該事業者を指定することにより、甲佐町介護保険事業計画に定める地域支援事業に係る計画量を超過する場合その他の町における地域支援事業の円滑かつ適切な実施に際し支障が生じると認められる場合においては、指定事業者の指定を行わないことができる。

(指定の更新)

第5条 法第115条の45の6第1項の規定に基づき指定事業者の更新を受けようとする者は、甲佐町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請書（様式第2号）に、関係書類を添えて町長に申請しなければならない。

2 町長は、前項の更新申請書を受理した場合は、その内容を審査し、指定の更新の可否を決定し、当該指定事業者に通知するものとする。

3 前項の規定により指定の更新を受けた事業者は、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。

(変更の届出、廃止等)

第6条 第3条第2項の規定による指定事業者の指定（前条第2項の規定による指定の更新に係る指定を含む。）を受けている者は、法施行規則第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、10日以内に、甲佐町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書（様式第3号）により、町長に届け出なければならない。

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、甲佐町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止届出書（様式第4号）により、当該廃止又は休止の日の1月前までに町長に届け出なければならない。

3 指定事業者は、休止した当該指定に係る事業を再開しようとするときは、当該再開しようとする日の10日前までに、甲佐町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業再開届出書（様式第5号）により、町長に届け出なければならない。

(指定の取消し等)

第7条 町長は、指定事業者が法第115条の45の9の各号のいずれかに該当する場合は指定事業者の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定事業者の指定の全部若しくは一部の効力を停止することができる。

(事業者情報の公表及び提供)

第8条 町長は、第3条から前条までの規定による指定、届出の受理及び指定の取消し等（以下この条において「指定等」という。）をしたときは、当該指定等に係る事業者の情報のうち次

に掲げる事項を公表するとともに、熊本県、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) 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
  - (3) 指定年月日及び指定更新年月日並びに指定有効期間満了日
  - (4) 事業開始年月日、事業廃止年月日、事業休止年月日、事業再開年月日、指定取消年月日及び指定停止年月日
  - (5) 運営規定
  - (6) 介護保険事業所番号
  - (7) その他町長が必要と認める事項
- (委任)

第9条 この要綱に定めるもののほか、甲佐町介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者の指定等に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成29年2月1日から施行する。

(準備行為)

2 町長は、この要綱の施行日前においても、甲佐町介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者の指定等に関し必要な手続を行うことができる。

## 甲佐町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年 月 日

甲佐町長 様

所在地

申請者 名 称

代表者職・氏名

㊞

介護保険法に規定する第 1 号事業の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 )						
	連絡先		電話番号			FAX番号			
	法人の種別		法人の所轄庁						
	代表者の職・氏名・生年月日		職 名		フリガナ		生年月日		
				氏 名		年 月 日			
代表者の住所		(郵便番号 ー )							
指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ								
	事業所・施設の名 称								
	事業所等の所在地		(郵便番号 ー )						
	連絡先		電話番号			FAX番号			
	事業所・施設の種 類		実施事業		指定申請をする事業等の事業開始予定年月日		既に指定を受けている事業等の指定年月日		様 式
	介護予防・生活支援サービス	訪問型サービス	訪問介護相当サービス						付表 1
通所型サービス	通所介護相当サービス							付表 2	
介護保険事業所番号				申 請 書 担 当 者					
医療機関コード等				連 絡 先					

備考

- 1 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」等の別を記入すること。
- 2 「法人の所轄庁」欄は、申請者が許可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。
- 3 「実施事業」欄は、今回の申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に○を記入すること。
- 4 「指定申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記入すること。
- 5 「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は、指定を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・指定施設の指定年月日(法第 71 条第 1 項又は法第 72 条第 1 項(法第 115 条の 11 において準用する場合を含む。)の規定により指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日)を記入すること。
- 6 「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局又は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、そのコードを記入すること。複数のコードを有する場合には、様式を補正して、そのすべてを記入すること。

甲佐町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請書

年 月 日

甲佐町長 様

所在地

申請者 名 称

代表者職・氏名

㊟

介護保険法に規定する第1号事業の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。

										介護保険事業者番号											
申請者	フリガナ																				
	名 称																				
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 — )																		
	連絡先		電話番号						FAX番号												
	法人の種別		法人の所轄庁																		
	代表者の職・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 — )																		
更新を受けようとする事業所・施設	フリガナ																				
	事業所・施設の名 称																				
	事業所等の所在地		(郵便番号 — )																		
	連絡先		電話番号						FAX番号												
	事業所・施設の種 類		実施事業				既に受けている指定の有効期間満了日				様 式										
	訪問型サービス		訪問介護相当サービス																		
通所型サービス		通所介護相当サービス																			
申請書担当者								連絡先													

備考

- 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」等の別を記入すること。
- 「法人の所轄庁」欄は、申請者が許可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。
- 「実施事業」欄は、今回の更新申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に○を記入すること。
- 「既に受けている指定の有効期間満了日」欄は、更新を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・指定施設の指定の有効期間満了日を記入すること。

甲佐町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書

年 月 日

甲佐町長 様

所在地

事業(開設)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。

		介護保険事業者番号											
指定内容を変更した事業所 (施設)		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・施設の名称	(変更前)											
2	事業所・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・寄附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。)	(変更後)											
7	事業所・施設の建物の構造、専用区画等												
8	事業所・施設の管理者の氏名及び住所												
9	運営規程												
10	サービス費の請求に関する事項												
11	役員の氏名及び住所												
12	その他												
変 更 年 月 日		年 月 日											

- 備考 1 該当項目番号に○で囲んでください。  
 2 変更内容が分かる書類を添付してください。

甲佐町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止届出書

年 月 日

甲佐町長 様

所在地

事業(開設)者 名 称

代表者職・氏名

㊟

次のとおり事業を(廃止・休止)することとしたので届け出ます。

	介護保険事業所番号								
廃止・休止する事業所	名称								
	(郵便番号 - ) 所在地								
サービスの種類									
廃止・休止の別	廃 止 ・ 休 止								
廃止・休止する年月日	年 月 日								
廃止・休止する理由									
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								
届出書担当者				連絡先					

備考 廃止・休止する日の1月前までに届け出ること。

甲佐町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業再開届出書

年 月 日

甲佐町長 様

所在地

事業(開設)者 名 称

代表者職・氏名



次のとおり事業を再開するので届け出ます。

	介護保険事業所番号																			
再開する事業所	名称																			
	(郵便番号 — )																			
	所在地																			
サービスの種類																				
再開予定年月日	年 月 日																			
届出書担当者											連絡先									

添付書類 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

訪問介護相当サービス事業者の指定に係る記載事項

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					
E-mailアドレス												
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文							第 条第 項第 号					
管理者	フリガナ				住所	(〒 - )						
	氏名											
	生年月日											
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)											
	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										
サービス提供責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )						
	氏名											
	フリガナ				住所	(郵便番号 - )						
	氏名											
従業者の職種・員数				訪問介護員等				利用者数(前3月の平均)				
				専従		兼務		人				
常勤(人)								届出の前月 人				
非常勤(人)								届出の前々月 人				
常勤換算後の人数(人)								届出の前々々月 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										
	利用料	法定代理受領分										
		法定代理受領分以外										
その他の費用												
通常の事業実施地域	①	②			③			④		⑤		
	備考											
添付書類	別添のとおり											

\* 注意事項、申請に必要な添付書類については、裏面を参照のこと



(裏面)

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すること。
- 2 出張所等がある場合、所在地、従業者、営業時間等を付表 1-2 に記載すること。
- 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。
- 4 次に掲げる書類を添付すること
  - (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
  - (2) 事業所の平面図
  - (3) 事業所の管理者及びサービス提供責任者の経歴を記載した書類
  - (4) 運営規程
  - (5) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類
  - (6) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
  - (7) 当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書類
  - (8) 当該申請に係る事業に係る訪問型サービス費の請求に関する事項を記載した書類
  - (9) 介護保険法(平成9年法律第123号)第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書
  - (10) 役員の氏名、生年月日及び住所を記載した書類
  - (11) 当該訪問介護相当サービス以外のサービスを実施しようとするときは、当該訪問介護相当サービスに係る部分とそれ以外のサービスに係る部分の料金の状況が分かる料金表
- 5 用紙の大きさは、日本工業規格A4 とすること。

訪問介護相当サービスを事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

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									
E-mail アドレス																	
主な 掲 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															
	利用料	法定代理受領分															
		法定代理受領分以外															
その他の費用																	
通常の事業 実施地域	①			②			③			④			⑤				
	備考																
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すること。
- 2 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

通所介護相当サービス事業者の指定に係る記載事項

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				
E-mailアドレス											
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文						第 条 第 項 第 号					
管理者	フリガナ					住所	(〒 - )				
	氏名										
	生年月日										
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)										
	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									
実施単位数	単位	同時に通所(療養)介護、介護予防通所介護、通所介護相当サービスの提供を受けることができる利用者の数の上限								人	
従業者の職種・員数(単位別)		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)									
非常勤(人)											
食堂及び機能訓練室の合計面積				m <sup>2</sup>							
主な 掲 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	平日		～		土曜		～	日曜・祝日		～
	利用料	法定代理受領分									
		法定代理受領分以外									
その他の費用											
通常の事業 実施地域	①	②		③		④		⑤			
	備考										
添付書類	別添のとおり										

\* 注意事項、申請に必要な添付書類については、裏面を参照のこと

(裏面)

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すること。
- 2 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあつては、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、付表2-1(別紙)に記載し添付すること。
- 3 本事業所の所在地以外の場所で本事業の一部を実施するときは、付表2-2に必要な事項を記載の上、添付すること。
- 4 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。
- 5 次に掲げる書類を添付すること。
  - (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
  - (2) 事業所の平面図及び設備の概要を記載した書類
  - (3) 事業所の管理者の経歴を記載した書類
  - (4) 運営規程
  - (5) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類
  - (6) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
  - (7) 当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書類
  - (8) 当該申請に係る事業に係る通所型サービス費の請求に関する事項を記載した書類
  - (9) 介護保険法(平成9年法律第123号)第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書
  - (10) 役員の氏名、生年月日及び住所を記載した書類
  - (11) 当該通所介護相当サービス以外のサービスを実施しようとするときは、当該通所介護相当サービスに係る部分とそれ以外のサービスに係る部分の料金の状況が分かる料金表
- 6 用紙の大きさは、日本工業規格A4 とすること。

通所介護相当サービス事業者(2 単位目以降)

事業所	フリガナ																	
	名称																	
単 位	従業者の職種・員数(単位別)	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)																
		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			～	
	備考																	
	単 位	従業者の職種・員数(単位別)	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)																		
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			～	
備考																		
単 位		従業者の職種・員数(単位別)	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)																	
	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			～	
	備考																	

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すること。
- 2 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

付表2-2

通所介護相当サービスを事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

事業所	フリガナ											
	名称											
一部事業施設数		施設										
一部事業施設	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 - )										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
同時通所介護、介護予防通所介護、通所介護相当サービスの提供を受けることができる利用者の数の上限												人
従業者の職種・員数		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	専従	兼務	
		常勤(人)										
		非常勤(人)										
食堂及び機能訓練室の合計面積				m <sup>2</sup>								
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	~		
		備考										
一部事業施設	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 - )										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
同時通所介護、介護予防通所介護、通所介護相当サービスの提供を受けることができる利用者の数の上限												人
従業者の職種・員数		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	専従	兼務	
		常勤(人)										
		非常勤(人)										
食堂及び機能訓練室の合計面積				m <sup>2</sup>								
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	~		
		備考										
	利用料	法定代理受領分										
		法定代理受領分以外										
	その他の費用											
通常の事業実施区域	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すること。
  - 2 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。
- 添付書類 一部事業施設の平面図(設備、備品概要を含む)