

上天草市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する規則をここに公布する。

平成29年1月19日

上天草市長 堀江隆臣

上天草市規則第2号

上天草市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する規則

(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、介護予防・日常生活支援総合事業の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。

(用語の定義)

第2条 この規則における用語の意義は、法及び施行規則の例による。

(指定の有効期間)

第3条 施行規則第140条の63の7の市が定める期間は、6年とする。

(指定の申請等)

第4条 法第115条の45の5第1項の規定により指定事業者の指定を受けようとする者は、上天草市介護予防・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市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請書の提出があったときは、その内容を審査し、指定の可否を決定の上、上天草市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定通知書（様式第2号。以下「指定通知書」という。）又は上天草市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請却下通知書（様式第3号。以下「却下通知書」という。）により、当該申請をした者に通知するものとする。

3 前項の規定により指定を受けた指定事業者は、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。

(指定の拒否)

第5条 市長は、前条に規定する指定事業者の指定を行うことにより、市にお

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、当該事業者の指定をしないことができる。

(指定の更新の申請等)

第6条 法第115条の45の6第1項の規定により指定の更新を受けようとする者は、上天草市介護予防・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4号)に関係書類を添えて、当該指定の有効期間の満了日の3月前までに市長に提出しなければならない。

2 第4条第2項及び第3項の規定は、前項の規定により指定の更新を受けた者について準用する。

(変更の届出等)

第7条 指定事業者は、指定の申請内容に変更があったときは、上天草市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書(様式第5号)に関係書類を添えて、10日以内に市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、上天草市介護予防・日常生活支援総合事業廃止・休止届出書(様式第6号)を当該事業の廃止又は休止の日の1月前までに市長に提出しなければならない。

3 指定事業者は、当該指定に係る事業を再開しようとするときは、上天草市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者再開届出書(様式第7号)に関係書類を添えて、当該事業を再開しようとする日の10日前までに市長に提出しなければならない。

(指定事業者情報の提供)

第8条 市長は、第4条、第6条及び前条の規定による申請又は届出の受理をしたときは、指定事業者に関する情報のうち、次に掲げる事項を県、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)第45条第5項に規定する国民健康保険連合会その他関係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並びに主たる事務所の所在地及び代表者の氏名及び住所

(3) 指定年月日

- (4) 事業開始年月日
- (5) 運営規程
- (6) 介護保険事業所番号
- (7) 事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所
- (8) 役員の氏名、生年月日及び住所
- (9) その他市長が必要と認める事項
- (その他)

第9条 この規則に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成29年4月1日から施行する。

(準備行為)

- 2 この規則の規定に基づく介護予防・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は、この規則の施行日前においても行うことができる。

様式第1号（第4条関係）

上天草市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年 月 日

上天草市長 様

申請者の所在地
申請者の名称



介護保険法第115条の45の5第1項の指定事業者の指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

		事業所所在市町村番号				
申 請 者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)				
		(ビルの名称等)				
	E-mail アドレス					
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種類別			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 -)					
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	フリガナ					
	事業所名					
	事業所の所在地	(郵便番号 -)				
			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
	介護予防・日常生活支援総合事業	介護予防訪問介護相当サービス				付表1
訪問型サービスA				付表1		
介護予防通所介護相当サービス				付表2		
通所型サービスA				付表2		
類 て 同 一 所 在 地 に お い る 種 別	居宅サービス事業・地域密着型サービス事業・介護予防サービス	訪問介護				
		通所介護				
		地域密着型通所介護				
		介護予防訪問介護				
		介護予防通所介護				
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						

(裏面)

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、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、保険薬局、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の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。複数のコード等を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。
- 7 既に介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業所の指定を受けている事業者が、他の介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」「当該申請に係る地域密着型介護予防サービス費の請求に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「役員の氏名、生年月日及び住所」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて、申請者への記載又は書類の提出を省略できます。

様式第2号（第4条関係）

第 号
年 月 日

様

上天草市長

印

上天草市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定通知書

年 月 日付けで申請のあった介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定について、次のとおり介護保険法第115条45の5第1項の規定により指定をしましたので、通知します。

記

代 表 者 氏 名

事 業 所 名

事 業 所 の 所 在 地

介 護 保 険 事 業 所 番 号

指 定 年 月 日

サ ー ビ ス の 種 類

様式第3号（第4条関係）

第 号
年 月 日

様

上天草市長 印

上天草市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定却下通知書

年 月 日付けで申請のあった介護予防・日常生活総合事業の指定事業者の指定について、介護保険法第115条の45の5第2項の規定により、次のとおり指定をしないことと決定しましたので、通知します。

記

代表者氏名
事業所名
事業所の所在地
サービスの種類
指定しない理由

教 示

- 1 この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、上天草市に対して審査請求をすることができます。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、正当な理由がある場合を除き、審査請求をすることができなくなります。
- 2 この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6か月以内に、上天草市を被告として（上天草市長が被告の代表者となります。）提起することができます。ただし、この処分があったことを知った日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して1年を経過したときは、正当な理由がある場合を除き、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

様式第4号（第6条関係）

上天草市介護予防・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

上天草市長 様

申請者所在地

申請者名称



介護保険法第115条の45の6第1項の指定の更新を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

		事業所所在市町村番号				
申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) (ビルの名称等)				
	E-mailアドレス					
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種類別		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 -)				
指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ					
	事業所名					
	事業所の所在地	(郵便番号 -)				
		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	
	介護予防・日常生活支援総合事業	介護予防訪問介護相当サービス				付表1
		訪問型サービスA				付表1
介護予防通所介護相当サービス				付表2		
通所型サービスA				付表2		
同一所在地において行う事業等の種類	居宅サービス事業・地域密着型サービス事業・介護予防サービス事業		訪問介護			
			通所介護			
			地域密着型通所介護			
			介護予防訪問介護			
			介護予防通所介護			
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						

(裏面)

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、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、保険薬局、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の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。複数のコード等を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。
- 7 既に介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業所の指定を受けている事業者が、他の介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」「当該申請に係る地域密着型介護予防サービス費の請求に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「役員の氏名、生年月日及び住所」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて、申請者への記載又は書類の提出を省略できます。

様式第5号（第7条関係）

上天草市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書

年 月 日

上天草市長 様

申請者の所在地

申請者の名称

㊞

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。

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・電話番号・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	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）	
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	サービス提供責任者の氏名及び住所	
10	運営規程	
11	重要事項説明書	
12	介護予防・日常生活支援総合事業費算定に関する事項	
13	役員の氏名及び住所	
14	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6号（第7条関係）

上天草市介護予防・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

上天草市長 様

申請者の所在地

申請者の名称

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・再開）する事業所	名称								
	所在地								
サービスの種類									
休止・廃止の別	休止・廃止								
休止・廃止した年月日	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									
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日								

様式第7号（第7条関係）

上天草市介護予防・日常生活支援総合事業再開届出書

年 月 日

上天草市長 様

申請者の所在地

申請者の名称

印

次のとおり事業を再開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								
	電話番号								
サービスの種類									
再開予定年月日	年 月 日								

備考 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。