

さつま町介護予防・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「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係る第1号訪問事業及び第1号通所事業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。

(指定の期間)

第2条 省令第140条の63の7の規定により町が定める期間は、6年とする。

(指定の申請等)

第3条 法第115条の45の5第1項及び法第115条の45の6の規定により指定事業者の指定（更新）を受けようとする者は、指定（更新）申請書（第1号様式）に係る書類を添えて町長に提出するものとする。

(指定の通知)

第4条 町長は、前条に規定する申請があった場合は、指定の適否を審査し、指定をするときは事業者指定（更新）通知書（第2号様式）により、指定をしないときは事業者指定（更新）申請却下通知書（第3号様式）により、当該申請をした者に通知するものとする。

2 前項の規定により指定（更新）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標示するものとする。

(変更の届出等)

第5条 指定事業者は、指定の申請内容に変更があったとき、又は休止した第1号事業を再開したときは、10日以内に、その旨を町長に届け出なければならない。

2 指定事業者は、第1号事業を廃止し、又は休止しようとするときは、その廃止又は休止の日の1月前までに、その旨を町長に届け出なければならない。

3 前2項の規定による届出は、変更に係るものにあつては変更届出書（第4号様式）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（第5号様式）により行うものとする。

(指定の拒否)

第6条 町長は、第4条第1項に規定する事業者の指定を行うことにより、さつま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、当該事業者の指定をしないことができる。

(指定の取消し等)

第7条 町長は、法第115条の45の9の規定により指定を取消したとき又は指定の全部若しくは一部の効力を停止したときは、事業者指定取消(停止)通知書(第6号様式)により、当該指定事業者に通知するものとする。

(事業者情報の提供)

第8条 町長は、第4条から前条までの規定による指定及び指定の更新、届出の受理、指定の取消し若しくは効力の停止(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に関する情報のうち、次に掲げる事項を鹿児島県及び国民健康保険団体連合会に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をした者及び主たる事務所の所在地並びに代表者及び役員に関する情報
 - (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、指定取消年月日又は指定停止年月日)
 - (5) 運営規程
 - (6) 介護保険事業所番号
- (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、町長が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成28年4月1日から施行する。

(準備行為)

- 2 町長は、この規則の施行日前においても、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業務を行うことができる。

指定介護予防・日常生活支援サービス事業所 指定（更新）申請書

年 月 日

さつま町長 様

所在地

申請者 名称

代表者職・氏名

印

介護保険法に規定する介護予防・日常生活支援総合事業に係る事業所の指定（更新）を受けたいので、次のとおり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					
	主たる事業所の所在地	〒 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 氏 名	生年月日 年 月 日	
	代表者の住所	〒 ー				
指 定 （ 更 新 ） を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	事業所の名称				電話番号	
					FAX番号	
	事業所の所在地	〒 ー				
	同一所在地において行う事業の種類	実施事業	指定申請する事業等の事業開始予定年月日 (更新申請の場合は指定年月日)	既に指定を受けている事業等の指定年月日 (指定更新の場合は期間満了日)	様 式	
	訪問介護相当サービス				付表1	
	訪問型サービスA（緩和した基準）				付表2	
通所介護相当サービス						
通所型サービスA（緩和した基準）						
介護保険事業所番号					(既に指定を受けている場合)	
医療機関コード等				指定を受けている他市町村		

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。
- 「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。
- 「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を記入すること。
- 「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局又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。

付表1-1

介護予防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	(〒 -)													
	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	(〒 -)								
	氏名														
	フリガナ					住所	(〒 -)								
	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 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														

※注意事項、申請に必要な書類については、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。
- 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) 役員の名、生年月日及び住所を記載した書類
 - (11) 当該指定介護予防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、当該指定介護予防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。

付表1-2

介護予防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	(〒 -)													
	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。

付表2-1

介護予防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	(〒 -)										
	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, 介護予防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 ²									
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	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	
備考												
添付書類	別添のとおり											

※注意事項、申請に必要な書類については、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っては、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に必要事項を記載の上、添付すること。
- 4 「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。
- 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) 当該指定介護予防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、当該指定介護予防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。

付表2-1 (別紙)

介護予防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	専従	兼務	専従	兼務					
			常勤(人)																
			非常勤(人)																
	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	専従	兼務	専従	兼務					
常勤(人)																			
非常勤(人)																			
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	専従	兼務	専従	兼務					
	常勤(人)																		
	非常勤(人)																		
	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

- 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。
- 「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。

付表2-2

介護予防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	(〒 -)													
	連絡先	電話番号						FAX番号							
同時に通所(療養)介護 介護予防通所介護 介護予防通所介護相当サービスを受けることができる利用者の上限															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						
		常勤(人)													
		非常勤(人)													
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡													
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	(〒 -)													
	連絡先	電話番号						FAX番号							
同時に通所(療養)介護 介護予防通所介護 介護予防通所介護相当サービスを受けることができる利用者の上限															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						
		常勤(人)													
		非常勤(人)													
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡													
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			
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すること。
- 「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。)

年 月 日

様

さつま町長

印

事業者指定（更新）通知書

年 月 日付けで申請のあった事業者に係る指定（更新）について、介護保険法第115条の45の5第1項の規定により指定事業者として指定（更新）しましたので、通知します。

記

指定事業所の名称	
主たる事務所の所在地	
事業所の名称	
所在地	
代表者の氏名	
介護保険事業所番号	
サービス種類	
指定年月日	
指定の有効期間の満了日	

年 月 日

様

さつま町長

印

事業者指定（更新）申請却下通知書

年 月 日付けで申請のあった事業者に係る指定については、介護保険法第115条の45の5第2項の規定により、指定（更新）をすることができませんので通知します。

記

却下理由

教 示

1 審査請求について

この処分不服がある場合には、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月以内にさつま町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月以内であっても、この裁決があった日の翌日から起算して1年が経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分に対する取消しの訴えは、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には、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月以内に、さつま町を被告として訴えを提起しなければなりません。この場合、訴訟においてさつま町を代表する者はさつま町長になります。

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には、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には、当該審査請求に対する裁決があった日）の翌日から起算して1年が経過したときは、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。

変更届出書

年 月 日

さつま町長 様

所在地

事業者 名称

代表者職・氏名

印

指定（許可）を受けた内容を変更しましたので、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

		介護保険事業所番号											
指定（許可）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	事業者（開設者）の名称												
4	主たる事務所の所在地												
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名												
6	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。）												
7	事業所（施設）の建物の構造概要及び平面図												
8	備品（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業に限る。）												
9	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所（介護老人保健施設を除く。）												
10	サービス提供責任者の氏名、生年月日及び住所												
11	運営規程	(変更後)											
12	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関												
13	事業所の病院、診療所、薬局、介護老人保健施設等の種別												
14	入院患者又は入所者の定員												
15	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携及び支援体制の概要												
16	福祉用具の保管・消毒方法 (委託している場合にあつては、委託先の状況)												
17	併設施設の概要等												
18	本体施設の概要、本体施設との移動経路等												
19	役員の氏名、生年月日及び住所												
20	介護支援専門員の氏名及びその登録番号												
21	連携する訪問看護事業所の名称及び所在地												
変更年月日													
届出担当者		連絡先											

備考 該当項目番号に○印を付すこと。

添付書類 変更内容が分かる書類

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

さつま町長 様

所在地

事業者 名称

代表者職・氏名

印

次のとおり事業所（施設）を廃止（休止・再開）しますので届け出ます。

		介護保険事業所番号									
廃止（休止・再開）する 事業所・施設	名称										
	所在地	(〒 -)									
サービスの種類											
廃止・休止・再開の別		廃止・休止・再開									
廃止（休止・再開）年月日		年 月 日									
廃止（休止）する理由 (廃止・休止の場合のみ)											
現にサービス又は支援を 受けている者に対する措置 (廃止・休止の場合のみ)											
休止予定期間 (休止の場合のみ)		年 月 日 ~ 年 月 日									
届出書担当者					連絡先						

備考

- 1 廃止・休止の場合は、廃止・休止する日の1月前までに届け出ること。
- 2 再開の場合は、当該事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付すること。

年 月 日

様

さつま町長

印

事業者指定取消（停止）通知書

年 月 日付けで指定した事業者について、介護保険法第115条の45の9の規定により、次のとおり、指定の取消し（停止）をしましたので通知します。

記

- 1 事業者名
- 2 事業所の所在地
- 3 介護保険事業所番号
- 4 サービスの種類
- 5 指定取消し（停止）の理由
- 6 指定取消し（停止）年月日
（ 指定停止の期間 年 月 日 ～ 年 月 日 ）

教 示

- 1 審査請求について
この処分不服がある場合には、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月以内にさつま町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月以内であっても、この裁決があった日の翌日から起算して1年が経過したときは、審査請求をすることができなくなります。
- 2 取消訴訟について
この処分に対する取消しの訴えは、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には、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月以内に、さつま町を被告として訴えを提起しなければなりません。この場合、訴訟においてさつま町を代表する者はさつま町長になります。
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には、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には、当該審査請求に対する裁決があった日）の翌日から起算して1年が経過したときは、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。