

新宮市介護予防・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、新宮市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に規定する予防訪問介護サービス、予防基準緩和型訪問介護サービス及び予防通所介護サービス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、省令、介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針(平成27年厚生労働省告示第196号)及び地域支援事業実施要綱(平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知「地域支援事業の実施について」別紙)の例による。

(指定等の申請等)

第3条 法第115条の45の5第1項の規定による申請は、新宮市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定申請書(様式第1号)により行うものとする。

2 法第115条の45の5第1項の規定により指定を受けた者は、その旨を当該指定に係る事業所の見やすい場所に標示するものとする。

(指定等の更新の申請等)

第4条 法第115条の45の6第1項の規定による指定の更新に係る申請は、新宮市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定更新申請書(様式第2号)により行うものとする。

2 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た者は、その旨を当該更新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 指定の申請事項の変更に係るものにあつては新宮市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者変更届出書(様式第3号)により、事業の廃止、休止又は再開に係るものにあつては新宮市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者廃止・休止・再開届出書(様式第4号)により、指定の辞退に係るものにあつては新宮市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定辞退届出書(様式第5号)により行うものとする。

(添付書類)

第6条 第3条から第5条までに規定する申請書又は届出書には、省令に定めるもののほか、市長が別に定める書類を添付するものとする。

(事業者情報の提供)

第7条 市長は、第3条から第5条まで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、次に掲げる事項を都道府県、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) 申請者又は届出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
- (3) 指定（これらの更新又は変更を含む。）、廃止、休止又は再開の年月日
- (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) その他市長が必要と認める事項
(委任)

第 8 条 この要綱の施行に関し必要な事項は、市長が定める。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

(準備行為)

2 市長は、この告示の施行の日前においても、総合事業における指定事業者の指定手続きその他この要綱を施行するために必要な準備行為をすることができる。

附 則（平成 31 年 3 月 25 日告示第 24 号）

この告示は、平成 31 年 3 月 25 日から施行する。

受付番号	
------	--

新宮市介護予防・日常生活支援総合事業
第1号事業者 指定申請書

年 月 日

(あて先)
新宮市長

所在地
申請者
名 称

代表者氏名 ⑩

介護保険法に規定する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)				
	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 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					
	事業所等の名称					
	事業所等の所在地	(郵便番号 -)				
		電話番号 ()		FAX 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	
	介護予防・日常生活支援総合事業 第1号事業者サービス	予防訪問介護				付表 1-1
		予防基準緩和型訪問介護				付表 1-2
		予防通所介護				付表 1-3, 1-3 別紙
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 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないで下さい。
- 2 「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」等の別を記入して下さい。
 - 3 「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下さい。
 - 4 「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「○」を記入して下さい。
 - 5 「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下さい。
 - 6 「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下さい。
 - 7 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」欄に記載して下さい。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下さい。

新宮市介護予防・日常生活支援総合事業
第1号事業者 指定更新申請書

年 月 日

(あて先)
新宮市長

所在地
申請者 名称
代表者氏名

印

介護保険法に規定する、第1号訪問・通所事業者に係る指定の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。

		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		(〒 —) 都道府県 市区									
	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・名前・生年月日		職名		フリガナ 名前		生年月日 年 月 日					
	代表者の住所		(〒 —) 都道府県 市区									
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・施設の所在地		(〒 —) 和歌山県 新宮市									
	連絡先		電話番号					FAX番号				
	事業所・施設の種別		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											
通所型サービス												
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取得したものについて、該当欄に○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。

新宮市介護予防・日常生活支援総合事業 第1号事業者 変更届出書

年 月 日

(あて先)

新宮市長

所在地
申請者
名 称

代表者氏名

⑩

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	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	事業所・施設の管理者の氏名及び住所										
9	運営規程										
10	従事者登録一覧表の記載内容 (予防基準緩和型訪問介護)										
11	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。

様式第4号 (第5条関係)

新宮市介護予防・日常生活支援総合事業 第1号事業者 廃止・休止・再開届出書

年 月 日

(あて先)

新宮市長

所在地

申請者

名 称

代表者氏名

㊟

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														
廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開 の 別	廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開													
廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開 した 年 月 日	年 月 日													
廃 止 ・ 休 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 (廃止・休止の場合のみ)														
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。

新宮市介護予防・日常生活支援総合事業 第1号事業者 指定辞退届出書

年 月 日

(あて先)

新宮市長

所在地

申請者

名 称

代表者氏名

印

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業所番号																			
指定を辞退する施設	名称																			
	(〒 ー) 所在地																			
指定を受けた年月日	年	月	日																	
指定を辞退する年月日	年	月	日																	
指定を辞退する理由																				
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置																				
届出書担当者		連絡先																		

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出ること