

一関地区広域行政組合介護予防・日常生活支援総合事業の事業者の指定等に関する
要綱

平成29年3月31日

一関地区広域行政組合告示11号

改正 令和3年3月31日 告示第12号

(趣旨)

第1 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「省令」という。）に定めるもののほか、一関地区広域行政組合介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する要綱（平成29年告示第 号。以下「組合実施要綱」という。）に規定する訪問介護相当サービス、訪問型サービスA、通所介護相当サービス及び通所型サービスAに係る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 この告示における用語の意義は、この告示において定めるもののほか、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。

(指定事業者の指定等)

第3 法第115条の45の5第1項に規定する指定の申請を行おうとする者は、介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者（指定による訪問型サービス・通所型サービス）指定申請書（様式第1号）に関係書類を添えて管理者に提出するものとする。

2 法第115条の45の6第1項に規定する指定の更新に係る申請を行おうとする者は、介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者（指定による訪問型サービス・通所型サービス）指定更新申請書（様式第2号）に関係書類を添えて管理者に提出するものとする。

3 管理者は、前2項の規定による事業者からの申請を受けたときは、申請内容について法第115条の45の5第2項の基準に基づき審査し、指定をすることを決定したときは、その旨を当該申請をした者に介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者（指定による訪問型サービス・通所型サービス）指定通知書（様式第3号）により通知するものとする。

4 前項の規定により指定の通知を受けた者（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。

(指定事業者の指定の有効期間)

第4 省令第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、組合実施要綱において定めるものとする。

(指定の拒否)

第5 第3に規定する指定事業者の指定について、当該事業者を指定することにより、本組合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場合においては、これを行わないことができる。

(変更の届出等)

第6 指定事業者は、指定の申請事項の変更に係るものにあつては介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者（指定による訪問型サービス・通所型サービス）変更届出書（様式第4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介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者（指定による訪問型サービス・通所型サービス）廃止（休止、再開）届出書（様式第5号）により行うものとする。

(指定事業者情報の提供)

第7 管理者は、第3から第6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管理者が必要と認めるものに対して提供することができる。

- (1) 指定事業者の名称及び所在地
- (2) 申請者又は届出者の名称並びに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（指定の更新又は変更を含む。）、廃止、休止、再開又は指定の辞退の年月日
- (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) 役員の氏名、生年月日及び住所
- (9) その他管理者が必要と認める事項

(補則)

第8条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、管理者が別に定める。

2 この要綱の規定は、施行の日以後における介護予防・日常生活支援総合事業の事業者の指定等に関し必要な行為に限り、この要綱の施行前においても、これらの規定の例により行うことができる。

制定文（抄）（平成29年3月31日告示第11号）

平成29年4月1日から施行する。

改正文（抄）（令和3年3月31日告示第12号）

令和3年4月1日から適用する。

受付番号	
------	--

**介護予防・日常生活支援総合事業
第1号事業者（指定による訪問型サービス・通所型サービス） 指定申請書**

年 月 日

一関地区広域行政組合管理者 様
所在地
申請者 名称及び代表者氏名

介護予防・生活支援サービス事業者の指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請者	フリガナ 名 称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市 (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 ー) 県 郡市				
指定を受けようとする事業の種類	事業所等の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市				
	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
	第1号 訪問事業	訪問介護相当				付表1
		訪問型サービスA				付表2
	第1号 通所事業	通所介護相当				付表3
		通所型サービスA				付表4
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						

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
 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」等の別を記入してください。
 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ください。
 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「○」を記入してください。

様式第2号（第3関係）

受付番号	
------	--

年 月 日

一関地区広域行政組合管理者 様

主たる事務所の所在地
名称
代表者の氏名

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号事業者（指定による訪問型サービス・通所型サービス） 指定更新申請書

介護予防・生活支援サービス事業者の指定の更新を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ						
	名称又は氏名						
	主たる事務所の所在地又は住所	(郵便番号 -)					
	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・氏名・生年月日	職		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	フリガナ						
	事業所名称						
	事業所の所在地	(郵便番号 -)					
	事業の種類	介護保険事業所番号	指定年月日		有効期間満了日		
	訪問介護相当						
	訪問型サービスA						
	通所介護相当						
通所型サービスA							

備考 受付番号の欄は、記載しないでください。

様式第3号（第5関係）

一関地区広域行政組合指令一広介第 号

所在地

事業者名

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号事業者（指定による訪問型サービス・通所型サービス）指定通知書

介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の45の5第2項の規定により介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者の指定事業者として次のとおり指定する。

- 1 事業者名称
- 2 代表者の職名及び氏名
- 3 事業所名称
- 4 事業所所在地
- 5 介護保険事業所番号
- 6 指定年月日 年 月 日
- 7 指定満了日 年 月 日
- 8 事業の種類
- 9 指定の条件

年 月 日

一関地区広域行政組合
管理者

様式第4号（第6関係）

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号事業者（指定による訪問型サービス・通所型サービス） 変更届出書

年 月 日

一関地区広域行政組合管理者 様

所在地

事業者

名称及び代表者氏名

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		名称													

		所在地													
事業の種類		訪問介護相当													
		訪問型サービスA													
		通所介護相当													
		通所型サービスA													
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														
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														
9	運営規程														
10	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関係）

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号事業者（指定による訪問型サービス・通所型サービス） 廃止（休止、再開）届出書

年 月 日

一関地区広域行政組合管理者 様

所在地

事業者

名称及び代表者氏名

次のとおり事業の廃止（休止、再開）をいた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										
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、施行規則に定める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してください。