

愛西市介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号事業者の指定等に関する要綱

(趣旨)

第1条 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、法第115条の45第1項第1号に規定する第1号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。

(指定の申請)

第2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(以下「指定」という。)を受けようとする者は、愛西市介護予防・日常生活支援総合事業(指定第1号事業者)指定申請書(様式第1号)により申請を行うものとする。

(指定事業者の指定)

第3条 市長は、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、指定をすることを決定したときは当該申請をした者(以下「指定第1号事業者」という。)にその旨を愛西市介護予防・日常生活支援総合事業(指定第1号事業者)指定通知書(様式第2号)により通知するものとする。

(指定の拒否)

第4条 市長は、第2条に規定する申請があった場合において当該申請に係る事業者について指定を行うことにより、愛西市介護保険事業計画に規定する地域支援事業に係る計画量を超過する場合その他の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場合においては、これを行わないことができる。

(指定の有効期限)

第5条 省令第140条の63の7の規定による指定の有効期間は、6年とする。

(変更の届出等)

第6条 指定第1号事業者は、指定の申請の内容に変更があったときは、変更があった日から10日以内に、愛西市介護予防・日常生活支援総合事業(指定第

1号事業者) 変更届出書(様式第3号)により、市長に届け出なければならない。

2 指定第1号事業者は、当該指定に係る事業(以下「事業」という。)を廃止し、若しくは休止するときは当該廃止若しくは休止の日の1月前までに、又は事業を再開しようとするときは当該再開の日から10日以内に、愛西市介護予防・日常生活支援総合事業(指定第1号事業者) 廃止・休止・再開届出書(様式第4号)により、市長に届け出なければならない。

3 指定第1号事業者は、前項の規定による事業の廃止又は休止の届出をしたときは、当該届出の日における利用者であって当該事業の廃止若しくは休止の日以後においても引き続きサービスの提供を希望する者に対し必要なサービスが継続的に提供されるよう、他の指定第1号事業者その他の関係者との連絡調整その他の便宜の提供を行わなければならない。

(指定更新の申請)

第7条 指定第1号事業者は、法第115条の45の6第4項において準用する法第115条の45の5第1項の規定により指定の更新を受けようとするときは、当該指定の有効期限の満了の日の2月前までに、愛西市介護予防・日常生活支援総合事業(指定第1号事業者) 指定更新申請書(様式第5号)により行うものとする。

(指定の更新)

第8条 市長は、前条に規定する指定の更新の申請があった場合は、指定の適否を審査し、適当と認めるときは、当該申請をした者にその旨を愛西市介護予防・日常生活支援総合事業(指定第1号事業者) 指定更新通知書(様式第6号)により通知するものとする。

(事業者情報の公表及び提供)

第9条 市長は、指定第1号事業者について指定をし、届出を受理し、又は指定の更新をしたときは、当該指定事業者に関する情報のうち、次に掲げる事項を公表するとともに、愛知県、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) 事業所の指定の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) その他市長が適当と認める事項  
(その他)

第10条 この告示に規定するもののほか、介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号事業者の指定等に関し必要な事項は、市長が別に定める。

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第1号事業者の指定等に関し必要な手続を行うことができる。

受付番号	
------	--

**愛西市介護予防・日常生活支援総合事業  
（指定第1号事業者）指定申請書**

年 月 日

（宛先）愛西市長

所在地  
申請者 名 称  
代表者氏名

印

介護予防・日常生活支援総合事業に係る事業所の指定を受けたいので、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 - ) (ビルの名称等)				
	指定を受けようとする事業所	フリガナ				
名 称						
事業所等の所在地		(郵便番号 - ) (ビルの名称等)				
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	
訪問介護相当サービス					付表1	
訪問型サービスA					付表1	
通所介護相当サービス					付表2	
通所型サービスA				付表2		
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

- 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人の種類別」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。
- 「法人所轄庁」欄は、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。
- 「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。
- 「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。
- 「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。
- 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」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

指定事業者 代表者 様

愛西市長



**愛西市介護予防・日常生活支援総合事業  
（指定第1号事業者）指定通知書**

標記の件について、介護保険法第115条の45の5第1項の規定により指定第1号事業者として指定しましたので、通知します。

申請者名称	
代表者名	
事業所名	
所在地	
介護保険事業所番号	
指定年月日	年 月 日
サービス種類	
指定の有効期間満了日	年 月 日
特記事項	

愛西市介護予防・日常生活支援総合事業（指定第1号事業者）

変更届出書

年 月 日

(宛先) 愛西市長

所在地  
事業者 名称  
代表者氏名

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。)								
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	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 該当項目番号を○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。

愛西市介護予防・日常生活支援総合事業（指定第1号事業者）

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

（宛先）愛西市長

所在地  
事業者 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っては、当該事業に係る従業員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。

受付番号	
------	--

**愛西市介護予防・日常生活支援総合事業  
（指定第1号事業者）指定更新申請書**

年 月 日

（宛先）愛西市長

所在地  
申請者 名 称  
代表者氏名

印

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 - ) (ビルの名称等)				
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	
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業の一部として使用される事務所を有するとき					
	フリガナ					
	名 称					
所在地	(郵便番号 - )					
連絡先	電話番号			FAX番号		
管理者の氏名・生年月日、住所及び経歴	フリガナ 氏 名			生年月日	住所及び経歴 別添のとおり	
事業所の種類						
既に受けている指定の有効期間満了日	年 月 日					

備考

- 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人の種類別」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。
- 「法人所轄庁」欄は、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。
- 指定申請時の様式を参照し、資料を添付してください。



様式第6号（第8条関係）

年 月 日

指定事業者 代表者 様

愛西市長



**愛西市介護予防・日常生活支援総合事業  
（指定第1号事業者）指定更新通知書**

標記の件について、介護保険法第115条の45の6第1項の規定により指定第1号事業者として指定を更新しましたので、通知します。

申請者名称	
代表者名	
事業所名	
所在地	
介護保険事業所番号	
指定年月日	年 月 日
サービス種類	
指定の有効期間満了日	年 月 日
特記事項	