

改正

平成30年3月1日規則第14号

那須塩原市介護予防・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「省令」という。）に定めるもののほか、那須塩原市介護予防・日常生活支援総合事業の第一号事業の実施に関する規則（平成29年那須塩原市規則第7号。以下「規則」という。）第3条に規定する第一号訪問事業及び第一号通所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。

(定義)

第2条 この規則において使用する用語の意義は、法、省令及び規則において使用する用語の例による。

(指定の申請等)

第3条 法第115条の45の5第1項の申請は、指定介護予防・日常生活支援総合事業第一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掲示するものとする。

(変更の届出等)

第4条 指定の申請事項の変更に係る届出（以下「変更届出」という。）は指定介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業者変更届出書（様式第2号）により、事業の廃止、休止又は再開に係る届出は指定介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業者廃止・休止・再開届出書（様式第3号）により、それぞれ行うものとする。

2 前項の変更届出をした指定事業者は、その旨を当該変更届出に係る事業所の見やすい場所に掲示するものとする。

(指定の更新の申請等)

第5条 法第115条の45の6第1項に規定する指定の更新の申請は、指定介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業者指定更新申請書（様式第4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掲示するものとする。

3 法第115条の45の6第1項に規定する期間は、6年間とする。

(事業所情報の提供)

第6条 市長は、第3条から前条までの申請又は届出があったときは、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、当該指定等に係る事業所に関する情報のうち、次に掲げる事項を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又は届出者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所
- (3) 指定(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

(公表)

第7条 市長は、第3条から第5条までの申請若しくは届出があったとき、又は法第115条の45の9に規定する措置をとったときは、当該申請若しくは届出又は措置に係る事業所に関し次に掲げる事項を公表するものとする。

- (1) 介護保険事業所番号
- (2) 当該事業所の名称及び所在地
- (3) 当該事業所の指定の申請者及び主たる事業所の所在地並びに代表者の氏名及び住所
- (4) 指定年月日又は指定の取消年月日
- (5) サービスの種類

(その他)

第8条 この規則に定めるもののほか、指定介護予防・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。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。

(準備行為)

2 第3条第1項の申請及び第4条第1項の届出に関し必要な行為は、この規則の施行の日前にお

いても、行うことができる。

(法第115条の45の6第1項の期間についての経過措置)

3 法第115条の45の6第1項に規定する期間については、次の各号のいずれかに該当するときは、第5条第3項中「6年間」とあるのは、「6年間以内」と読み替えて適用する。

- (1) 指定事業者が訪問介護相当サービス又は訪問型サービスAと訪問介護を一体的に運営するとき（同一法人が同一建物内において一体的に運営している場合をいう。以下同じ。）。
- (2) 指定事業者が通所介護相当サービス又は通所型サービスAと通所介護又は地域密着型通所介護を一体的に運営するとき。
- (3) 指定事業者が訪問介護相当サービスと訪問型サービスAを一体的に運営するとき。
- (4) 指定事業者が通所介護相当サービスと通所型サービスAを一体的に運営するとき。
- (5) その他市長が認めるとき。

附 則（平成30年3月1日規則第14号）

この規則は、公布の日から施行する。

様式第1号（第3条関係）

（表）

指定介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業者指定申請書

年 月 日

那須塩原市長 様

申請者 所在地
法人名
代表者氏名



介護保険法第145条の45の3第1項の規定により第一号事業者に係る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)					
	連絡先	電話番号			ファクシミリ番号		
	法人の種類別			法人所轄庁			
	代表者の職名、氏名及び生年月日	職名	フリガナ			生年月日	
			氏名				
代表者の住所	(郵便番号)						
事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号)					
	連絡先	電話番号			ファクシミリ番号		
種類	指定を受けようとする事業等の	同一所在地において行う事業の種類			実施事業	既に指定を受けている事業の指定年月日	
		第一号事業	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				
			通所型サービスA				
		併設する居宅サービス事業・地域密着型サービス事業	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)

(備考)

- 1 「事業所所在市町村番号」欄は、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、株式会社等の別を記入してください。
- 3 「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。
- 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「○」を付けてください。
- 5 「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入してください。
- 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入してください。
- 7 「介護保険事業所番号」欄は、既に指定されている場合に記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記入してください。
- 8 保険医療機関、保健薬局、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、その全てを記入してください。

様式第2号（第4条関係）

様式第2号(第4条関係)

指定介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業者変更届出書

年 月 日

那須塩原市長 様

届出者 所在地
法人名
代表者氏名



次のとおり指定を受けた内容を変更したので、届け出ます。

		介護保険事業所番号												
指定内容を変更した事業所		名称												
		所在地												
事業の種類														
変更があった事項		変更の内容												
1	事業所又は施設の名称	(変更前)												
2	事業所又は施設の所在地													
3	指定事業者の名称													
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	事業所又は施設の建物の構造及び専用区画等	(変更後)												
8	事業所又は施設の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴													
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、生年月日及び住所													
12	その他													
変 更 年 月 日		年 月 日												

(備考)

- 1 該当項目番号に○を付けてください。
- 2 変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第3号(第4条関係)

指定介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業者
指定更新申請書

年 月 日

那須塩原市長 様

所在地
申請者 法人名
代表者氏名



介護保険法第115条の45の6第1項の規定により、第一号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。

		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)		
	連絡先	電話番号		ファクシミリ番号
	法人の種類別			法人所轄庁
	代表者の職名、氏名及び生年月日	職名	フリガナ 氏名	生年月日
	代表者の住所	(郵便番号)		
事業所	フリガナ			
	名 称			
	所 在 地	(郵便番号)		
	連絡先	電話番号		ファクシミリ番号
事業の種類				
現に受けている指定の有効期間満了日				
介護保険事業所番号				
指定を受けている他市町村名				
医療機関等コード				

(備考)

- 「事業所所在市町村番号」欄は、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、株式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。