

○島本町介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業を行う者の指定等に関する規則

平成29年2月27日

規則第7号

改正 令和4年3月31日規則第21号

令和4年10月11日規則第36号

(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。第4条において「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おける第1号事業を行う者の指定（以下「指定」という。）等に関し必要な事項を定めるものとする。

(指定の申請等)

第2条 法第115条の45の5第1項の申請は、島本町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者（第1号事業者）指定申請書（様式第1号）に町長が必要と認める書類を添付して行うものとする。

2 町長は、前項の申請があった場合は、その内容を審査して指定の可否を決定し、指定をすることと決定したときは、島本町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者（第1号事業者）指定通知書（様式第2号）により当該申請をした者に通知するものとする。

(指定の更新の申請等)

第3条 法第115条の45の6第1項の規定による指定の更新の申請は、島本町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者(第1号事業者)指定更新申請書(様式第3号)に町長が必要と認める書類を添付して行うものとする。

2 町長は、前項の申請があった場合は、その内容を審査して指定の更新の可否を決定し、指定の更新をすることと決定したときは、島本町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者(第1号事業者)指定更新通知書(様式第4号)により当該申請をした者に通知するものとする。

(指定の有効期間)

第4条 省令第140条の63の7の規定により町が定める指定の有効期間は、指定の日から起算して6年とする。

(指定等の拒否)

第5条 町長は、法第115条の45の5第2項(法第115条の45の6第4項において準用する場合を含む。)の規定によるもののほか、指定又は指定の更新(以下「指定等」という。)をすることにより島本町介護保険事業計画(法第117条第1項に規定する市町村介護保険事業計画をいう。)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支障が生ずる場合においては、当該事業者の指定等をしないことができる。

(変更の届出)

第6条 指定等を受けた者は、当該指定等を受けた事項に変更があったときは、当該変更があった日から10日以内に島本町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者（第1号事業者）変更届出書（様式第5号）に変更後の内容が分かる書類を添付して町長に届け出なければならない。

（廃止、休止又は再開の届出）

第7条 指定等を受けた者は、当該指定に係る事業を廃止し、又は休止しようとするときは、当該廃止又は休止の日の1か月前までに、島本町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者（第1号事業者）廃止・休止届出書（様式第6号）により町長に届け出なければならない。

2 前項の規定により事業を休止していた者が、その事業を再開する場合は、島本町介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業者）再開届出書（様式第7号）に町長が必要と認める書類を添付して届け出なければならない。

（事業者情報の公表及び提供）

第8条 町長は、指定等をしたとき又は第6条若しくは前条の規定による届出があったときは、当該指定等又は届出に係る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、大阪府、大阪府国民健康保険団体連合会その他の関係機関に提供することができる。

(1) 事業所の名称及び所在地

(2) 事業所の指定等に係る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、生年月日、住所及び職名

- (3) 指定年月日又は指定更新年月日
- (4) 事業開始年月日
- (5) 運営規程
- (6) 介護保険事業所番号
- (7) 前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認める事項
(その他)

第9条 この規則に定めるもののほか、指定等に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成29年4月1日から施行する。

(準備行為)

- 2 この規則に定める指定に関する手続については、この規則の施行前においても行うことができる。

(経過措置)

- 3 訪問介護相当サービス又は通所介護相当サービスを行う者の指定をする場合であって、当該指定の日が平成30年3月31日以前の日であるときは、第4条の規定にかかわらず、当該指定の有効期間は、当該指定の日から平成30年3月31日までの期間（同年4月1日以後においては、6年）とする。

附 則（令和4年3月31日規則第21号）

この規則は、令和4年4月1日から施行する。

附 則（令和４年１０月１１日規則第３６号）

この規則は、公布の日から施行する。

様式第1号(第2条関係)

島本町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者(第1号事業者)指定申請書

年 月 日

島本町長 様

(名 称)

申請者

(代表者の
職名・氏名)

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、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
		Email				
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	同一所在地において行う事業等の種類	指定申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(登録)を受けている事業等(該当事業に○)	指定申請をする事業等の開始予定年月日	様式	
	訪問介護相当サービス			年 月 日	付表1	
	緩和した基準による訪問型サービス(訪問型サービスA-1)			年 月 日		
	通所介護相当サービス			年 月 日	付表2	
	緩和した基準による通所型サービス(通所型サービスA)			年 月 日		
既に指定(登録)を受けている事業所の種類(該当事業に○)	訪問介護		/			
	基準該当訪問介護					
	通所介護					
	基準該当通所介護					
	地域密着型通所介護					
介護保険事業所番号			(既に指定又は許可を受けている場合)			
指定を受けている他市町村名						
医療機関コード等			(保険医療機関として指定を受けている場合)			

様式第2号（第2条関係）

島本町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者(第1号事業者)指定通知書

年 月 日

様

島本町長 ㊟

島本町介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業者として指定をしましたので、
次のとおり通知します。

申請者名称	
代表者氏名	
事業所の名称	
事業所の所在地	
介護保険事業者番号	
指定年月日	年 月 日
サービスの種類	
指定の有効期間満了年月日	年 月 日
特記事項	

様式第3号(第3条関係)

島本町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者(第1号事業者)指定更新申請書

年 月 日

島本町長 様

(名 称)

申請者

(代表者の
職名・氏名)

介護保険法に規定する事業所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。

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	FAX番号	
		Email		
	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 —)			
事 業 所	事業等の種類		介護保険事業所番号	
	指定有効期間満了日			
	フリガナ 名称			
	所在地	(郵便番号 —)		
		当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所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			
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 —)		
管 理 者	フリガナ 氏名		生年月日	
	住所	(郵便番号 —)		

備考

※1 申請に当たっては、誓約書(参考様式5)を添付してください。

※2 指定有効期間満了日の欄には、現在の有効期間の満了日を記載してください。

様式第4号（第3条関係）

島本町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者(第1号事業者)指定更新通知書

年 月 日

様

島本町長 ㊟

島本町介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業者として指定の更新をいたしましたので、次のとおり通知します。

申請者名称	
代表者氏名	
事業所の名称	
事業所の所在地	
介護保険事業者番号	
指定更新年月日	年 月 日
サービスの種類	
指定の有効期間満了年月日	年 月 日
特記事項	

様式第5号(第6条関係)

島本町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者(第1号事業者)変更届出書

年 月 日

島本町長 様

申請者 住 所
(所在地)
氏 名
(名称及び代表者氏名)

島本町介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業者として指定を受けた内容を変更しましたので、次のとおり届け出ます。

	介護保険事業所番号																			
指定内容を変更した事業所等	名称																			
	所在地																			
サービスの種類																				
変更年月日																				
年 月 日																				
変更があった事項(該当に○)																				
変更の内容																				
事業所の名称	(変更前)																			
事業所の所在地																				
申請者の名称																				
主たる事務所の所在地																				
代表者の氏名、生年月日及び住所																				
登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)																				
事業所の建物の構造及び平面図並びに設備の概要	(変更後)																			
利用者の推定数、利用者の定員																				
事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所																				
サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴																				
運営規程																				
その他																				

備考 「(参考)変更届への標準添付書類一覧」を確認し、必要書類を添付してください。

様式第6号(第7条関係)

島本町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者(第1号事業者)廃止・休止届出書

年 月 日

島本町長 様

申請者 住 所
(所在地)
氏 名
(名称及び代表者氏名)

島本町介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業者の指定に係る事業を(廃止・休止)しますので、次のとおり届け出ます。

	介護保険事業所番号
廃止(休止)する事業所	名称	
	所在地	
サービスの種類		
廃止・休止の別	廃止	・ 休止
廃止・休止する年月日	年	月 日
廃止・休止する理由		
現にサービスを受けている者に対する措置		
休止予定期間	休止日	～ 年 月 日

備考 廃止し、又は休止する日の1月前までに届け出てください。

