

○宇土市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定等に関する要綱

平成28年9月26日

告示第58号

改正 平成29年10月20日告示第63号

平成30年11月2日告示第74号

令和3年12月15日告示第127号

(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、法第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）における第1号事業を行う事業者（以下「指定事業者」という。）の指定に関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において使用する用語は、この要綱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）において使用する用語の例による。

(指定の申請)

第3条 法第115条の45の5第1項の規定による指定事業者の指定の申請は、宇土市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書（様式第1号）により行うものとする。

(指定事業者の指定)

第4条 市長は、前条に規定する申請があった場合は、法第115条の45の5第2項の規定により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に対して指定事業者指定通知書（様式第2号）により通知するものとする。

2 前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しなければならない。

3 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、6年とする。

(指定の拒否)

第5条 前条第1項に規定する指定事業者の指定については、当該事業者を指定することにより、宇土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、法第115条の45の5第2項に規定するときに該当するものとして、これを行わない。

2 指定事業者は、宇土市暴力団排除条例（平成23年条例第36号）第2条第1号並びに第4号ア及びウに掲げる者であってはならない。

(指定の更新)

第6条 法第115条の45の6第1項の規定による指定事業者の指定の更新の申請は、宇土市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書（様式第1号）により行うものとする。

2 前2条の規定は、指定事業者の指定の更新について準用する。

(変更の届出等)

第7条 指定の申請事項の変更に係る届出は宇土市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書(様式第3号)により、事業の廃止、休止又は再開に係る届出は宇土市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止・再開届出書(様式第4号)により行うものとする。

(指定事業者情報の公表及び提供)

第8条 市長は、第3条から前条までの規定による指定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、次に掲げる事項を公表するとともに、熊本県、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) 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、市長が必要と認める事項

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、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 この要綱は、告示の日から施行する。

(指定事業者の指定有効期間の特例)

2 この規則の施行の際現に法第78条の2第1項及び第115条の12第1項の規定による指定地域密着型サービス事業所又は指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受けている本市の事業所が、初めて指定事業者の指定を受ける場合は、第4条第3項の規定にかかわらず、当該指定の有効期間の満了日は、現に受けている指定地域密着型サービス事業所又は指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定の有効期間の満了日とする。

附 則(平成29年告示第63号)

この要綱は、平成29年10月20日から施行する。

附 則(平成30年告示第74号)

この要綱は、平成30年11月2日から施行し、この要綱による改正後の様式は、同日以後に行われる宇土市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定等の申請及び届出について適用する。

附 則(令和3年告示第127号)

(施行期日)

1 この要綱は、令和3年12月15日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際現にこの要綱による改正前のそれぞれの要綱の規定に基づいて提

出されている様式は、この要綱による改正後のそれぞれの要綱の規定に基づいて提出された様式とみなす。

- 3 この要綱の施行の際現に存するこの要綱による改正前のそれぞれの要綱の規定に基づく様式による用紙は、所要の修正を加え、なお使用することができる。

様式第1号（第3条、第6条関係）

受付番号	
------	--

宇土市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書

年 月 日

宇土市長 様

所在地
申請者 名称
代表者氏名

介護保険法に規定する指定事業者の指定（更新）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。

事業所所在地市町村番号	
-------------	--

申請者	フリガナ		電話番号			
	名称		FAX番号			
			E m a i l			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —)				
	代表者の氏名等	フリガナ	職名	生年月日		
		氏名				
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		電話番号			
	事業所の名称		FAX番号			
	事業所の所在地	(郵便番号 —)				
	同一所在地において行う事業等の種類	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号事業サービス	訪問型サービス（現行相当）				付表1
		訪問型サービスA				付表2
		通所型サービス（現行相当）				付表3
		通所型サービスA				付表4
		通所型サービスC				付表5
	介護保険事業者番号					(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」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「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。
- 3 「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。
- 4 「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。
- 5 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。

(付表1)

訪問型サービス（現行相当）事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号		F A X 番号		
E m a i l						
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)		
	氏名					
	当該訪問介護事業所内で兼務する他の職種					
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者としての職務に従事する場合	名称・サービス				
		従事する職種及び勤務時間等				
従業者の職種・員数		サービス提供責任者		訪問介護員		
		専従	兼務	専従	兼務	
常勤（人）						
非常勤（人）						
常勤換算後の人数（人）						
適合の可否						
主な 掲 示 事 項	営業日及び休日					
	営業時間		: ~ :			
	利用料	法定代理受領分				
		法定代理受領分以外				
		その他の費用				
通常の事業実施地域						

備考

- 「受付番号」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載し、又は別紙に記載して添付してください。
- 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

(付表2)

訪問型サービスA事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	連絡先	電話番号		F A X 番号
E m a i l				
管理者	フリガナ			住所 (郵便番号 -)
	氏名			
	当該訪問介護事業所内で兼務する他の職種			
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者としての 職務に従事する場合	名称・サービス		
		従事する職種及び 勤務時間等		
従業者の職種・員数		訪問介護員		/
		専従	兼務	
常勤(人)				
非常勤(人)				
適合の可否				
主な 掲 示 事 項	営業日及び休日			
	営業時間		: ~ :	
	利用料	法定代理受領分	宇土市が定める基準のとおり	
		法定代理受領分以外	宇土市が定める基準のとおり	
		その他の費用		
通常の事業実施地域				

備考

- 「受付番号」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載し、又は別紙に記載して添付してください。
- 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

(付表 3)

通所型サービス（現行相当）事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -)									
	連絡先	電話番号				F A X 番号					
E m a i l											
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)					
	氏名										
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種										
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者としての職務に従事する場合	名称・サービス									
従事する職種及び勤務時間等											
従業者の職種・員数		生活相談員		介護職員		看護職員		機能訓練指導員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
常勤（人）											
非常勤（人）											
適合の可否											
食堂及び機能訓練室の合計面積		m ²		基準上の必要数値				適合の可否			
				m ² 以上							
主な揭示事項	単位数： 単位 単位が複数ある場合は「付表 3-1」に記入		営業日及び休日								
			営業時間			:	~	:			
			サービス提供時間（送迎時間を除く。）			:	~	:			
			利用定員			人					
	利用料		法定代理受領分								
			法定代理受領分以外								
その他の費用											
通常の事業実施地域											

備考

- 1 「受付番号」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載し、又は別紙に記載して添付してください。
- 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあつては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については「付表3-1」に記載し、添付してください。

(付表 3 - 1)

通所型サービス（現行相当）事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

① 単 位	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤（人）									
	非常勤（人）									
	適合の可否									
	営業日									
	営業時間			:		~		:		
	サービス提供時間 （送迎時間を除く。）			:		~		:		
定員				人	食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡		
② 単 位	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤（人）									
	非常勤（人）									
	適合の可否									
	営業日									
	営業時間			:		~		:		
	サービス提供時間 （送迎時間を除く。）			:		~		:		
定員				人	食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡		
③ 単 位	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤（人）									
	非常勤（人）									
	適合の可否									
	営業日									
	営業時間			:		~		:		
	サービス提供時間 （送迎時間を除く。）			:		~		:		
定員				人	食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡		

(付表 4)

通所型サービス A 事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号		F A X 番号	
E m a i l					
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)	
	氏名				
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種				
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者としての 職務に従事する場合	名称・サービス			
		従事する職種及び 勤務時間等			
従業者の職種・員数	従事者		/		
	専従	兼務			
常勤 (人)					
非常勤 (人)					
適合の可否					
食堂及び機能訓練室の 合計面積		m ²	基準上の必要数値	適合の可否	
			m ² 以上		
主な 揭示 事項	単位数： 単位 単位が複数ある場 合は「付表 4-1」 に記入	営業日及び休日			
		営業時間	:	~	:
		サービス提供時間 (送迎時間を除く。)	:	~	:
		利用定員	人		
	利用料	法定代理受領分	宇土市が定める基準のとおり		
法定代理受領分以外		宇土市が定める基準のとおり			
その他の費用					
通常の事業実施地域					

備考

- 1 「受付番号」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載し、又は別紙に記載して添付してください。
- 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については「付表4-1」に記載し、添付してください。

(付表 4 - 1)

通所型サービスA事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

	従業者の職種・員数	従事者	
		専従	兼務
① 単 位	常勤 (人)		
	非常勤 (人)		
	適合の可否		
	営業日		
	営業時間	: ~ :	
	サービス提供時間 (送迎時間を除く。)	: ~ :	
	定員	人	食堂及び機能訓練室の合計面積 m ²
② 単 位	従業者の職種・員数	従事者	
		専従	兼務
	常勤 (人)		
	非常勤 (人)		
	適合の可否		
	営業日		
	営業時間	: ~ :	
サービス提供時間 (送迎時間を除く。)	: ~ :		
定員	人	食堂及び機能訓練室の合計面積 m ²	
③ 単 位	従業者の職種・員数	従事者	
		専従	兼務
	常勤 (人)		
	非常勤 (人)		
	適合の可否		
	営業日		
	営業時間	: ~ :	
サービス提供時間 (送迎時間を除く。)	: ~ :		
定員	人	食堂及び機能訓練室の合計面積 m ²	

(付表 5)

通所型サービスC事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号		F A X 番号	
E m a i l					
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)	
	氏名				
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者としての職務に従事する場合	名称・サービス			
		従事する職種及び勤務時間等			
従業者の職種・員数	リハビリ専門職		従事者		
	専従	兼務	専従	兼務	
常勤 (人)					
非常勤 (人)					
適合の可否					
食堂及び機能訓練室の合計面積	m ²	基準上の必要数値		適合の可否	
		m ² 以上			
主な揭示事項	単位数： 単位 単位が複数ある場合は「付表5-1」に記入	営業日及び休日			
		営業時間	:	~	:
		サービス提供時間 (送迎時間を除く。)	:	~	:
		利用定員	人		
	利用料	法定代理受領分	宇土市が定める基準のとおり		
法定代理受領分以外		宇土市が定める基準のとおり			
その他の費用					
通常の事業実施地域					

備考

- 1 「受付番号」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載し、又は別紙に記載して添付してください。
- 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については「付表5-1」に記載し、添付してください。

(付表5-1)

通所型サービスC事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

① 単 位	従業者の職種・ 員数	リハビリ専門職		従事者	
		専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)				
	非常勤(人)				
	適合の可否				
	営業日				
	営業時間	: ~ :			
	サービス提供時間 (送迎時間を除く。)	: ~ :			
	定員	人	食堂及び機能訓練 室の合計面積	㎡	
② 単 位	従業者の職種・ 員数	リハビリ専門職		従事者	
		専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)				
	非常勤(人)				
	適合の可否				
	営業日				
	営業時間	: ~ :			
	サービス提供時間 (送迎時間を除く。)	: ~ :			
	定員	人	食堂及び機能訓練 室の合計面積	㎡	
③ 単 位	従業者の職種・ 員数	リハビリ専門職		従事者	
		専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)				
	非常勤(人)				
	適合の可否				
	営業日				
	営業時間	: ~ :			
	サービス提供時間 (送迎時間を除く。)	: ~ :			
	定員	人	食堂及び機能訓練 室の合計面積	㎡	

様式第2号（第4条関係）

年 月 日

指定事業者
代表者 様

宇土市長

指定事業者指定通知書

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、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	
代表者名称	
事業所名	
所在地	宇土市
介護保険事業者番号	
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	

様式第3号（第7条関係）

宇土市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書

年 月 日

宇土市長 様

所在地
開設者 名称
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。

指定内容を変更した事業所		名称
サービスの種類		所在地
介護保険事業者番号		
変更した事項		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（開設者）の氏名、生年月日及び住所	
6	登記事項証明書・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、生年月日及び住所	
9	運営規程	
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4号（第7条関係）

宇土市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止・再開届出書

年 月 日

宇土市長 様

所在地
申請者 名称
代表者氏名

次のとおり事業を廃止（休止・再開）するので届け出ます。

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・再開する年月日	年 月 日																		
廃止・休止する理由																			
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置（廃止・休止する場合のみ）																			
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一覧表を添付してください。

様式第 1 号 (第3条、第6条関係)

様式第 2 号 (第4条関係)

様式第 3 号 (第7条関係)

様式第 4 号 (第7条関係)