

○田村市指定訪問型サービス事業所及び指定通所型サービス事業所の指定等に関する要綱

平成28年3月16日告示第29号

改正

平成31年2月1日告示第22号

田村市指定訪問型サービス事業所及び指定通所型サービス事業所の指定等に関する要綱

(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。）第115条の45の5第1項及び介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「施行規則」という。）第140条の63の5の規定に基づき、法第115条の45第1項に規定する第1号事業のうち、第1号訪問事業（以下「指定訪問型サービス」という。）及び第1号通所事業（以下「指定通所型サービス」という。）を行う事業者の指定等に関し必要な事項を定めるものとする。

(指定の申請等)

第2条 法第115条の45の5第1項の規定による申請は、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（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表示するものとする。

3 市長は、第1項の規定による申請があった場合で介護保険事業計画（法第117条第1項に基づき策定する計画をいう。）に定める計画量を超える場合又は超えるおそれがある場合は、指定を行わないことができる。

(変更の届出等)

第3条 指定事業者は、指定申請書の内容に変更があった場合の届出は、変更届出書（様式第2号）により、事業の廃止、休止、又は再開に係るものにあつては廃止・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。

(指定の更新の届出)

第4条 法第115条の45の6及び施行規則第140条の63の5第2項の規定による申請は、更新申請書（様式第4号）により行うものとする。

(県等への情報提供)

第5条 市長は、前3条の規定による指定、変更若しくは廃止等の届出の受理又は更新（以下

この条において「指定等」という。)をしたときは、県、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) 指定年月日及び指定更新年月日並びに指定有効期間満了日
- (4) 事業開始年月日
- (5) 運営規程
- (6) 事業所番号
- (7) その他市長が必要と認める事項
(指定の有効期間)

第6条 施行規則第140条の63の7の規定に基づく第2条及び第4条による指定事業者の有効期間は、6年とする。

(委任)

第7条 この要綱に規定するもののほか、指定訪問介護相当サービス及び指定通所介護相当サービス事業所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)

第1条 この告示は、公布の日から施行し、平成28年3月1日から適用する。

(経過措置)

第2条 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備に関する法律（平成26年法律第82号。以下「医療介護総合確保推進法」という。）附則第13条の規定により、第3号旧法第53条第1項本文の指定を受けている介護予防訪問介護の事業を行う者及び第3号旧法第53条第1項本文の指定を受けている介護予防通所介護の事業を行う者が、平成28年3月1日において、それぞれ第3号新法第115条の45第1項第1号イの第1号訪問事業に係る第3号新法第115条の45の3第1項の指定事業者の指定（指定訪問介護相当サービス）、第3号新法第115条の45第1項第1号ロの第1号通所事業に係る第3号新法第115条の45の3第1項の指定事業者の指定（指定通所介護相当サービス）の指定を受けたものとみなす。

- 2 施行規則附則（平成26年改正法に係る特例）第31条の規定に基づき、医療介護総合確保推進法附則第13条に規定する法第115条の45の3の指定を受けていたとみなされたものに係る法115条の45の6第1項に規定する厚生労働省令で定める期間に準じ、当該みなされた指定から初回の更新までの期間については、第6条の規定にかかわらず3年とする。
- 3 この告示の施行に係る介護職員処遇改善加算に係る届出については、第3号旧法第53条第1項本文の指定を受けている介護予防訪問介護の事業を行う者及び第3号旧法第53条第1項本文の指定を受けている介護予防通所介護の事業を行う者が、指定された日まで県へ提出することをもって、市長へ届け出たものとみなす。

附 則（平成31年2月1日告示第22号）

この告示は、公布の日から施行する。

様式第1号（第2条関係）

受付番号	
------	--

指定訪問型サービス事業所

指定申請書

指定通所型サービス事業所

年 月 日

田村市長 様

申請者 所在地

同 名 称

印

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、下記のとおり、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 -)					
		(施設・建物の名称等)					
	連絡先	電話 番号		F A X 番 号			
	法人の種別			法人所轄庁			
	代表者の職・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 -)						
	(施設・建物の名称等)						
指定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設	フリガナ	-----					
	事業所の名称						
	事業所等の所在地	(郵便番号 -)					
		(施設・建物の名称等)					
	連絡先	電話 番号		メールアドレ ス			
	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等の事業開始予定年月日		様式
第1号 事業 サー ビス	訪問型サービス (介護予防訪問介護相当サービス)					付表1	
	訪問型サービスA						
	通所型サービス (介護予防通所介護相当サービス)					付表2	

		通所型サービス A			
事業所番号					(既に指定又は許可を受けている場合)
医療機関コード等					

備考1 「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。

2 「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。

3 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定等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。

4 「指定申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始（開設）予定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、そのすべてを記載してください。

様式第 2 号（第 3 条関係）

変 更 届 出 書

年 月 日

田村市長 様

住所又は所在地

事業者(開設者)

氏名又は名称及び代表者職氏名



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。

事業所番号									
指定内容を変更した事業所		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	事業所の名称	(変更前)							
2	事業所の所在地								
3	申請者の主たる事務所の所在地								
4	代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所								
5	定款・寄附行為等及びその登記簿謄本・条例等(当該事業に関するものに限る)								
6	事業所の建物の構造、専用区画等								
7	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所								
8	サービス提供責任者の氏名及び住所								
9	運営規程								
10	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関								
11	事業所の種別	(変更後)							
12	提供する居宅療養管理指導の種類								
13	事業実施形態								
14	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制								
15	併設施設の状況等								
16	役員の氏名、生年月日及び住所								
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 変更内容がわかる書類を添付してください。

本届出担当者 職氏名 _____

連絡先 tel. _____

fax. _____

様式第3号 (第3条関係)

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

田村市長 様

住所又は所在地
事業者(開設者)
氏名又は名称及び代表者職氏名



次のとおり事業を廃止・休止・再開する(した)ので届け出ます。

	事業所番号								
廃止・休止・再開する(した)事業所	名 称								
	所在地								
廃止・休止・再開する(した)サービスの種類									
廃止・休止・再開の別 (いずれかを○で囲むこと。)	廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開								
廃止・休止・再開する(した)年月日	平 成 年 月 日								
廃止・休止・再開する(した)理由									
現にサービス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 (休止する場合のみ)	平 成 年 月 日 ~ 平 成 年 月 日								

担当者職氏名 _____
連絡先TEL _____ FAX _____

- ※廃止年月日・休止年月日は、サービス提供最終日としてください。
- ※事業を廃止又は休止する場合は、事業を廃止又は休止する日の1月前までに届出をしてください。
- ※再開の場合は、再開した日から10日以内に届出をしてください。
- ※事業の再開に係る届出にあつては、介護保険法施行規則に定める当該事業に係る従事者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。

様式第4号（第4条関係）

受付番号※

指定訪問型サービス事業所
指定更新申請書
指定通所型サービス事業所

年 月 日

田村市長 様

申請者 所在地
名称
代表者職氏名



介護保険法に規定する事業所に係る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※		事業所番号								
申請者	フリガナ 名称	-----								
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 -) 県 郡市								
		(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・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 -) 県 郡市									
	(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	-----								
	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	フリガナ 氏名	生年月日				住 所				
サービスの種類										
現に受けている指定の有効期間満了日										
役員 <small>の氏名、生年月日及び住所</small>									別添のとおり	
法第 115 条の 2 第 2 項各号等指定・認可の欠格事由に該当しないことを誓約する書面									別添のとおり	
事業費算定に係る体制等についての変更の有無									変更有 (別添のとおり) 変更無	

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 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。

本更新申請担当者 職氏名 _____
連絡先 tel. _____ fax. _____