

南伊勢町介護予防・日常生活支援総合事業に係る事業者指定等に関する要綱

平成 28 年 10 月 3 日

告示第 108 号

(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。)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。)の実施に当たり、同条第 1 項第 1 号に規定する第 1 号事業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。

(定義)

第 2 条 この告示で使用する用語は、法、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。)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)の例による。

(指定の申請)

第 3 条 法第 115 条の 45 の 5 第 1 項第 1 号の指定事業者の指定を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、南伊勢町介護予防・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)に関係書類を添えて、町長に提出しなければならない。

(指定の通知等)

第 4 条 申請者から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、指定をするときは、南伊勢町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定通知書(様式第 2 号)により、指定をしないときは、南伊勢町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者不指定通知書(様式第 3 号)により、申請者に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(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掲示するものとする。

(変更の届出等)

第 5 条 指定事業者は、指定の申請内容に変更があったときは、南伊勢町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定内容変更届出書(様式第 4 号)を 10 日以内に町長に提出しなければならない。

2 指定事業者は、法第 115 条の 45 の 6 第 4 項の規定により準用する法第 115 条の 45 の 5 第 1 項の規定若しくは省令第 140 条の 63 の 5 第 2 項の規定により、指定の更新を受けようとするときは、南伊勢町介護予防・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)に関係書類を添えて、町長に提出しなければならない。

3 指定事業者は、総合事業を廃止し、又は休止しようとするときは、南伊勢町介護予防・日常生活支援総合事業廃止・休止届出書(様式第 5 号)をその廃止又は休止の日の 1 月前までに町長に提出しなければならない。

4 指定事業者は、休止していた総合事業を再開したときは、南伊勢町介護予防・日常生活支援総合事業再開届出書(様式第 6 号)を再開した日から 10 日以内に町長に提出しなければならない。

5 指定事業者は、第 3 項の規定による総合事業の廃止又は休止の届出をしたときは、当該届出の日の前 1 月以内に当該事業を受けていた者であって、総合事業の廃止又は休止の日以後においても引き続き当該事業に相当する事業の提供を希望するものに対し、必要な事業等が継続的に提供されるよう、地域包括支援センター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。

(指定の取消し等)

第 6 条 町長は、法第 115 条の 45 の 9 の規定により、指定事業者の指定を取り消したとき、又は当該指定の全部又は一部の効力を停止したときは、南伊勢町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定取消(停止)通知書(様式第 7 号)により、当該指定事業者に通知するものとする。

(指定の拒否)

第 7 条 第 3 条に基づく申請があった場合において、申請者が次の各号のいずれかに該当するときは、町長は指定を行わないこととする。

- (1) 法第 115 条の 45 の 5 第 2 項の規定により指定事業者に係る人員、設備及び運営に関する基準等に従って適正な総合事業の運営をすることができないと認められるとき。
- (2) 南伊勢町暴力団排除条例(平成 23 年南伊勢町条例第 1 号)第 2 条第 1 号に掲げる暴力団等又は当該暴力団等と密接な関係を有すると認められるとき。
- (3) その他総合事業の円滑かつ適切な実施に支障があると認められるとき。

(県等への情報提供)

第 8 条 町長は、指定事業者について、第 4 条第 1 項の規定により指定をし、若しくは第 5 条第 2 項の規定により指定の更新をし、又は第 6 条の規定により指定を取り消し、若しくは停止したときは、三重県、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して、当該指定事業者に関する情報のうち、次に掲げる事項を提供するものとする。

- (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、生年月日、住所及び職名
- (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(指定取消年月日又は指定停止期間)
- (5) 運営規程
- (6) 介護保険事業所番号及び指定事業者番号
- (7) その他町長が必要と認める事項

(指定の有効期間)

第 9 条 省令第 140 条の 63 の 7 の規定に基づく第 4 条第 1 項及び第 5 条第 2 項による指

定事業者の有効期間は、6年とする。

(雑則)

第10条 この告示で定めるもののほか、総合事業に係る事業者指定等に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、公布の日から施行する。

様式第1号（第3条及び第5条関係）

受付番号	※
------	---

南伊勢町介護予防・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

南伊勢町長 宛て

所在地

申請者 名称

代表者氏名

印

第1号事業者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。

事業所所在市町村番号	※
------------	---

申請者	主たる事務所の所在地	(〒 -)										
	フリガナ											
	名称											
	連絡先	電話番号					FAX番号					
	法人の種別						法人所轄庁					
	代表者の氏名・生年月日・職名	フリガナ					生年月日	年 月 日				
		氏名					職名					
	代表者の住所	(〒 -)										
指定を受けようとする事業の種類	事業所等の所在地	(〒 -)										
	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							
	訪問介護現行相当サービス		年 月 日	年 月 日	付表1							
	訪問サービスA		年 月 日	年 月 日	付表1							
	通所介護現行相当サービス		年 月 日	年 月 日	付表2							
	通所サービスA		年 月 日	年 月 日	付表2							
	介護予防ケアマネジメント		年 月 日	年 月 日	付表3							
介護保険事業所番号												
指定事業所番号												
指定を受けている他の市町村名						医療機関コード等						

(注)

- 1 ※印の欄には、記入しないでください。
- 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」「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。
- 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入してください。
- 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○印を付けてください。
- 5 「指定申請をする事業の開始予定年月日」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載してください。
- 7 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、そのすべてを記入してください。

付表 1

南伊勢町介護予防・日常生活支援事業 指定事業者 指定・更新に係る記載事項
 (訪問介護現行相当サービス ・ 訪問サービスA)

受付番号

事業所	フリガナ					
	名 称					
	所在地	(〒 -)				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文		第 条第 項第 号				
管理者	フリガナ			住所	(〒 -)	
	氏 名					
	生年月日					
	訪問介護員等との兼務の有無			有 ・ 無		
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)		名称			
兼務する職種及び勤務時間等						
サービス提供責任者・訪問事業責任者	フリガナ			住所	(〒 -)	
	氏 名					
	フリガナ			住所	(〒 -)	
	氏 名					
フリガナ			住所	(〒 -)		
氏 名						
従業者の職種・員数		訪問介護員等 (サービス提供責任者・訪問事業責任者を含む)				
		専 従		兼 務		
		常勤 (人)				
		非常勤 (人)				
常勤換算後の人数 (人)						
主な揭示事項	営業日	曜日 ~ 曜日				
	年間の休日	曜日及び / ~ / 、 / ~ /				
	営業時間	: ~ :				
	利用料	法定代理受領分 (1割又は2割負担分)		介護報酬告示上の額		
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額		
	その他の費用	運営規程のとおり				
通常の事業の実施地域						
選択する加算の種類						

備考

- 1 「受付番号」欄には、記載しないでください。
- 2 サービス提供責任者・訪問事業責任者は、全員記載してください。
- 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 4 添付書類
 - (1) 定款、寄附行為等及びその登記事項証明書等
 - (2) 事業所の平面図
 - (3) 管理者の経歴を記載した書面
 - (4) サービス提供責任者・訪問事業責任者の経歴を記載した書面
 - (5) 運営規程
 - (6) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面
 - (7) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
 - (8) 当該申請に係る資産の状況を記載した書面
 - (9) 当該申請に係る事業のサービス費の請求に関する事項を記載した書面
 - (10) 欠格事由に該当しないことを誓約する書面
 - (11) 役員の氏名、生年月日及び住所を記載した書面
 - (12) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

付表 2

南伊勢町介護予防・日常生活支援総合事業 指定事業者 指定・更新に係る記載事項
 〈 通所介護現行相当サービス ・ 通所サービス A 〉

受付番号

事業所	フリガナ												
	名称												
	所在地	(〒 -)											
	連絡先	電話番号					FAX 番号						
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文						第 条第 項第 号							
管理者	フリガナ					住所	(〒 -)						
	氏名												
	生年月日												
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)												
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)		名称										
			兼務する職種及び勤務時間等										
(食堂と機能訓練室が同一の場合)						(食堂と機能訓練室が別の場合)							
食堂兼機能訓練室の面積						m ²		機能訓練室の面積				m ²	
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		一般職員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
常勤 (人)													
非常勤 (人)													
主な揭示事項	営業日	曜日 ~ 曜日											
	年間の休日	曜日及び / ~ / 、 / ~ /											
	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 (1割又は2割負担分)				介護報酬告示上の額							
		法定代理受領分以外				介護報酬告示上の額							
	その他の費用	運営規程のとおり											
通常の事業の実施地域													
選択する加算の種類													

備考 1 「受付番号」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するか又は別様に記載した書類を添付してください。

3 添付書類

- (1) 定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- (2) 事業所の平面図（各室の用途を明示したもの）及び設備の概要を記載した書面
- (3) 管理者の経歴を記載した書面
- (4) 運営規程
- (5) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面
- (6) 従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
- (7) 当該申請に係る資産の状況を記載した書面
- (8) 当該申請に係る事業のサービス費の請求に関する事項を記載した書面
- (9) 欠格事由に該当しないことを誓約する書面
- (10) 役員の氏名、生年月日及び住所を記載した書面
- (11) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

付表3 南伊勢町介護予防・日常生活支援総合事業 指定事業者
介護予防ケアマネジメント 指定・更新に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(〒 -)				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 第 条第 項第 号						
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)		
	氏名					
	生年月日					
	当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無				有 ・ 無	
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務（兼務の場合記入）	名称				
兼務する職種 及び勤務時間等						
事業開始時の利用者の予定数			人			
従業者の職種・員数		介護支援専門員				
		専 従	兼 務			
		常 勤 (人)				
		非常勤 (人)				
主な 掲 示 事 項	営業日	曜日 ~ 曜日				
	年間の休日	曜日及び / ~ / 、 / ~ /				
	営業時間	: ~ :				
	利用料	法定代理受領分以外 介護報酬告示上の額				
	その他の費用	運営規程のとおり				
	通常の事業の実施地域					

- 備考
- 1 「受付番号」欄には、記載しないでください。
 - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 3 添付書類
 - (1) 定款、寄附行為等及びその登記事項証明書等
 - (2) 事業所の平面図
 - (3) 管理者の経歴を記載した書面
 - (4) 介護支援専門員の一覧を記載した書面
 - (5) 運営規程
 - (6) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面
 - (7) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
 - (8) 当該申請に係る資産の状況を記載した書面
 - (9) 当該申請に係る事業のサービス費の請求に関する事項を記載した書面
 - (10) 欠格事由に該当しないことを誓約する書面
 - (11) 役員の氏名、生年月日及び住所を記載した書面
 - (12) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

様式第2号（第4条関係）

南伊勢町介護予防・日常生活支援総合事業
指定事業者 指定通知書

第 号
年 月 日

様

南伊勢町長



年 月 日付けで申請のあった、指定事業者の指定申請については、
次のとおり指定するので通知します。

事業者	所在地	
	名称	
	代表者氏名	
事業所の所在地		
事業所の名称		
指定年月日		年 月 日
指定に係る有効期間		年 月 日～ 年 月 日
指定事業者番号		
サービスの種類		

様式第3号（第4条関係）

南伊勢町介護予防・日常生活支援総合事業

指定事業者 不指定通知書

第 号
年 月 日

様

南伊勢町長



年 月 日付けで申請のあった、指定事業者の指定申請については、次の理由により、指定しないので通知します。

理由

1 審査請求について

この処分不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、南伊勢町長に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、正当な理由がある場合を除き、審査請求をすることができなくなります。）。

2 取消訴訟について

この処分について、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、南伊勢町を被告として（訴訟において町を代表する者は南伊勢町長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、正当な理由がある場合を除き、この処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、この処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この裁決の日から起算して1年を経過したときは、正当な理由がある場合を除き、この処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

様式第4号（第5条関係）

南伊勢町介護予防・日常生活支援総合事業

指定事業者 指定内容変更届出書

年 月 日

南伊勢町長 宛て

所在地

届出者 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たので届け出ます。

		指定事業所番号												
指定内容を変更した事業所	所在地													
	名称													
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（開設の場所）													
3	申請者（開設者）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	事業所の平面図、設備の概要等													
8	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴													
9	運営規程											(変更後)		
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	加算の追加・廃止等													
13	その他 ()													
変 更 年 月 日											年 月 日			

(注)

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

様式第5号（第5条関係）

南伊勢町介護予防・日常生活支援総合事業
廃止・休止届出書

年 月 日

南伊勢町長 宛て

所在地
届出者 名 称
代表者氏名 印

次のとおり事業を廃止・休止するので届け出ます。

	指定事業所番号																		
廃止・休止する事業所	所在地																		
	名称																		
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た者に対する措置																			
休止の場合の休止予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日																		

様式第6号（第5条関係）

南伊勢町介護予防・日常生活支援総合事業
再開届出書

年 月 日

南伊勢町長 宛て

所在地
届出者 名 称
代表者氏名 ⑩

次のとおり事業を再開したので届け出ます。

	指定事業所番号																			
再開した事業所	所在地																			
	名称																			
サービスの種類																				
再開した年月日	年 月 日																			
再開した理由																				

(注) 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に関する書類を添付してください。

休止前と変更のある場合は、変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第7号（第6条関係）

南伊勢町介護予防・日常生活支援総合事業
指定事業者 指定取消（停止）通知書

第 号
年 月 日

様

南伊勢町長



次の理由により、第1号事業者の指定を取り消した（停止した）ので通知します。

- 1 事業所の所在地
- 2 事業所の名称
- 3 代表者氏名
- 4 取消し（停止）の理由
- 5 取消しの日 年 月 日
（停止の期間 年 月 日 ～ 年 月 日）

1 審査請求について

この処分不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、南伊勢町長に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、正当な理由がある場合を除き、審査請求をすることができなくなります。）。

2 取消訴訟について

この処分について、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、南伊勢町を被告として（訴訟において町を代表する者は南伊勢町長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、正当な理由がある場合を除き、この処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、この処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この裁決の日から起算して1年を経過したときは、正当な理由がある場合を除き、この処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。