

# 七飯町介護予防・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。）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、七飯町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に規定する総合事業訪問介護サービス、総合事業生活援助サービス及び総合事業通所介護サービス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。

## (用語の定義)

第2条 この要綱において使用する用語は、法、省令で使用する用語の例による。

## (指定の期間)

第3条 省令140条の63の7の規定により町が定める期間は、6年とする。

## (指定の申請等)

第4条 法第115条の45の5第1項の規定による申請は、七飯町介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定申請書（第1号様式）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標示するものとする。

## (変更の届出等)

第5条 指定の申請事項の変更に係るものにあつては七飯町介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者変更届出書（第2号様式）により、事業の廃止、休止又は再開に係るものにあつては七飯町介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者廃止（休止、再開）届出書（第3号様式）により、それぞれ行うものとする。

## (指定の更新の申請)

第6条 法第115条の45の6第1項の規定による更新の申請は、七飯町介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定更新申請書（第4号様式）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標示するものとする。

(添付書類)

第7条 第3条から第5条までに規定する申請書又は届出書には、省令に定めるもののほか、民生部福祉課が別に定める書類を添付するものとする。

(事業者情報の提供)

第8条 町長は、第3条から第5条までの規定による申請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、次に掲げる事項を北海道、北海道国民健康保険団体連合会その他の機関に対し提供することができる。

(1) 事業所の名称及び所在地

(2) 当該事業の指定の申請者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（これらの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

(7) その他町長が必要と認める事項

(委任)

第9条 この要綱の施行に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

1 この要綱は、平成29年2月1日から施行する。

2 第3条に規定する指定の期間について、初回の指定申請に限り、指定介護サービス事業所（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号。以下「基準」という。）第5条第1項に規定する指定訪問介護事業所又は基準第93条第1項に規定する指定通所介護事業所をいう。以下同じ。）と一体的に事業を実施する場合は、指定介護サービス事業所の指定有効期間の満了日とする。ただし、当該指定有効期間の満了日が平成32年3月31日までの間にある場合は、満了日の翌日から6年間延長する。

第1号様式（第4条関係）

七飯町介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定申請書

年 月 日

七飯町長 様

所在地

申請者 名 称

代表者名 印

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者として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。

事業所所在地市町村番号

申 請 者	フリガナ					
	名 称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - )				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種別			法人所轄庁		
	代表者の職名・氏名・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 - )					
事業所の状況	フリガナ					
	名 称					
	事業所等の所在地	(郵便番号 - )				
	事業所連絡先	電話番号		FAX番号		
	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	
	指定を受けようとする事業種別	総合事業訪問介護サービス				
		総合事業生活援助サービス				
総合事業通所介護サービス						
同一所在地において行う事業の種類		実施	介護保険事業所番号	指定年月日		

		事業		
既に指定を受けている事業種別	訪問介護			
	通所介護			
	地域密着型通所介護			
	介護予防訪問介護			
	介護予防通所介護			
介護保険事業所番号				(既に指定を受けている場合のみ記入してください。)
指定を受けている他市町村名				

### 備考

- 1 「事業所所在地市町村番号」欄は、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」、「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（NPO等）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、今回申請するものに「◎」と、既に指定を受けているものに「○」と記入してください。
- 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載してください。
- 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 「指定を受けている他市町村名」の欄は、他市町村にて総合事業の指定を受けている場合に、指定を受けている市町村名を記載してください。

第2号様式（第5条関係）

七飯町介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者変更届出書

年 月 日

七飯町長 様

所在地

申請者 名 称

代表者名

印

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。

介護保険事業所番号																			
指定内容を変更した事業所																			
フリガナ												所在地		(郵便番号 - )					
名 称												所在地							
電話番号												FAX 番号							
事業の種類																			
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	指定を受けた者の名称																		
4	主たる事務所の所在地																		
5	代表者の氏名、生年月日及び経歴																		
6	定款・寄附行為等及び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、設備及び備品の概要										(変更後)								
8	事業所の管理者又はサービス提供責任者の氏名、生年月日及び経歴																		
9	運営規程																		
10	総合事業費の請求に関する事項																		
11	役員の氏名及び住所																		
12	その他																		
変 更 年 月 日										年 月 日									

添付書類 指定事業者指定申請書の添付書類のうち、当該変更に係るもの

備考 1 該当項目番号に○を付してください。

2 変更した日から10日以内に届け出てください。

第3号様式（第5条関係）

七飯町介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者  
 廃止（休止、再開）届出書

年 月 日

七飯町長 様

所在地

申請者 名 称

代表者名

印

次のとおり、事業の廃止（休止、再開）を届け出ます。

対 象 事 業 所	介護保険事業所番号											
	フリガナ											
	名 称											
	所在地	(郵便番号 - )										
		(ビルの名称等)										
連絡先	電話番号						FAX番号					
事業の種類												
廃止（休止、再開）の別		廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開										
廃止（休止、再開）年月日		年 月 日										
廃止（休止、再開）する理由												
現にサービスを受けている者に対する措置（廃止・休止する場合のみ記入してください。）												
休止予定期間（休止する場合のみ記入してください。）		年 月 日 ～ 年 月 日										

備考

- 1 事業の廃止又は休止に係る届出にあつては、廃止又は休止の日の1月前までに届け出てください。
- 2 事業の再開に係る届出にあつては、再開の日より前に届け出てください。

第4号様式（第6条関係）

七飯町介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定更新申請書

年 月 日

七飯町長 様

所在地

申請者 名 称

代表者名

印

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者として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。

事業所所在地市町村番号

申 請 者	フリガナ					
	名 称					
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 - )			
			(ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種別		法人所轄庁			
	代表者の職名・氏名・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 - )					
事業所の状況	フリガナ					
	名 称					
	事業所等の所在地		(郵便番号 - )			
	事業所連絡先	電話番号		FAX番号		
	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	指定の有効期間満了日	指定年月日	
	事業種別	総合事業訪問介護サービス				
		総合事業生活援助サービス				
総合事業通所介護サービス						
訪問介護						

	通所介護			
	地域密着型通所介護			
	介護予防訪問介護			
	介護予防通所介護			
	介護保険事業所番号	(既に指定を受けている場合のみ記入してください。)		
	指定を受けている他市町村名			

#### 備考

- 1 「事業所所在地市町村番号」欄は、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」、「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（NPO等）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、今回申請するものに「◎」と、既に指定を受けているものに「○」と記入してください。
- 5 「指定を受けている他市町村名」の欄は、他市町村にて総合事業の指定を受けている場合に、指定を受けている市町村名を記載してください。