

○神栖市介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者の指定等に関する
要項

平成28年12月14日
神栖市告示第137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。）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。）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。

(定義)

第2条 この告示において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 介護予防・日常生活支援総合事業 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をいう。
- (2) 指定 法第115条の45の3第1項の指定をいう。
- (3) 指定事業者 法第115条45の3第1項に規定する指定事業者をいう。
- (4) 指定第1号事業 次のア又はイに掲げる事業をいう。

ア 指定事業者の当該指定に係る第1号訪問事業（法第115条の45第1項第1号イに規定する第1号訪問事業をいう。以下同じ。）を行う事業所により行われる第1号訪問事業

イ 指定事業者の当該指定に係る第1号通所事業（法第115条の45第1項第1号ロに規定する第1号通所事業をいう。以下同じ。）を行う事業所により行われる第1号通所事業

(指定の申請)

第3条 法第115条の45の5第1項の申請（以下「指定申請」という。）を行うことができる者は、法人とする。

2 指定申請は、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)

第4条 市長は、指定申請があった場合には、これを審査し、指定をするときは、当該指定申請を行った者（以下「指定申請者」という。）に対し、指定事業者指定通知書（様式第2号）によりその旨を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、介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定通知書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。

(指定の拒否)

第5条 市長は、指定申請があった場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、指定をしないものとする。

- (1) 当該指定申請者又はその代表者その他の役員が、神栖市暴力団排除条例（平成24年神栖市条例第14号）第2条第1号に規定する暴力団又は同条第3号に規定する暴力団員等と密接な関係を有すると認められる場合
- (2) 当該指定申請に係る事業所が、神栖市介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号事業の人員、設備及び運営等に関する基準（平成28年神栖市告示第136号）に定める基準を満たしたものであっても、指定をすることにより、神栖市介護保険事業計画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市における当該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

2 市長は、前項の規定により指定をしなかった場合には、当該指定申請者に対し、指定事業者指定拒否通知書（様式第3号）によりその旨を通知するものとする。

(指定の有効期間)

第6条 指定は、6年ごとに法第115条の45の6第1項に規定する指定の更新（以下「指定更新」という。）を受けなければ、その期間の経過によって、その効力を失う。

(指定更新の申請)

第7条 法第115条の45の6第2項の申請（以下「更新申請」という。）は、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4号）により行うものとする。

(指定更新)

第8条 市長は、更新申請があった場合には、これを審査し、指定更新をするときは、当該更新申請を行った指定事業者に対し、指定事業者指定更新通知書（様式第5号）によりその旨を通知するものとする。

2 前項の規定により指定更新を受けた指定事業者は、指定更新通知書を当該指定更新に係る事業所の見やすい場所に表示するものとする。

(変更の届出等)

第9条 指定事業者は、当該指定について次に掲げる事項に変更があったとき、又は休止した指定第1号事業を再開したときは、当該変更があった日又は再開した日から10日以内に、その旨を市長に届け出なければならない。

- (1) 事業所（当該事業所の所在地以外の場所に当該指定に係る事業の一部を行う拠点を有するときは、当該拠点を含む。）の名称及び所在地
- (2) 当該指定事業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) 当該指定事業者の定款、寄附行為等及びその登記事項又は条例等

(4) 建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示するものとする。）並びに設備の概要

(5) 利用者の推定数

(6) 事業所の管理者及びサービス提供責任者（第1号訪問事業を行う指定事業者に限る。）の氏名、生年月日、住所及び経歴

(7) 運営規程

(8) 当該指定第1号事業に係る第1号事業支給費（法第115条の45の3第1項に規定する第1号事業支給費をいう。以下同じ。）の請求に関する事項

(9) 役員の氏名、生年月日及び住所

(10) その他市長が必要と認める事項

2 指定事業者は、指定第1号事業を廃止し、又は休止しようとするときは、その廃止又は休止の日の1月前までに、その旨を市長に届け出なければならない。

3 前2項の規定による届出のうち、第1項各号に掲げる事項の変更に係るものにあつては指定変更届出書（様式第6号）により、指定第1号事業の廃止、休止又は再開に係るものにあつては指定第1号事業廃止・休止・再開届出書（様式第7号）によりそれぞれ行うものとする。

（指定の辞退）

第10条 指定事業者は、当該指定に係る事業所について指定を辞退しようとするときは、辞退しようとする日の1月前までに、指定事業者指定辞退届出書（様式第8号）によりその旨を市長に届け出なければならない。

（指定の取消し等）

第11条 市長は、法第115条の45の9の規定により、指定を取り消し、又は指定の全部若しくは一部の効力を停止したときは、当該指定を取り消され、又は指定の全部若しくは一部の効力を停止させられた者に対し、指定事業者指定取消停止通知書（様式第9号）によりその旨を通知するものとする。

（情報の提供）

第12条 市長は、指定、指定更新若しくは前条に規定する指定の取消し若しくは指定の全部若しくは一部の効力の停止（以下「指定の措置等」という。）をしたとき、又は第9条第1項又は第2項の規定による届出（以下「変更等の届出」という。）を受けたときは、茨城県、国民健康保険団体連合会（国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第45条第5項に規定する国民健康保険団体連合会をいう。）その他の機関に対し、当該事業者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) 当該事業所の名称及び所在地
 - (2) 当該事業所に係る指定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) 指定の措置等又は変更等の届出の年月日
 - (4) 当該事業の開始等の年月日
 - (5) 運営規程
 - (6) 介護保険事業所番号
- (公告)

第13条 市長は、指定の措置等に関し、次に掲げる事項について、公告を行うものとする。

- (1) 介護保険事業所番号
- (2) 当該事業所の名称及び所在地
- (3) 当該事業所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
- (4) 指定の措置等の年月日
- (5) サービスの種類

2 前項の規定は、第9条第1項又は第2項の規定による届出があった場合について準用する。

(補則)

第14条 この告示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。

付 則

(施行期日)

1 この告示は、平成29年1月1日から施行する。

(準備行為)

2 市長は、この告示の施行の日前においても、指定事業者の指定等に関し必要な業務を行うことができる。

(指定の有効期間の特例)

3 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等に関する法律（平成26年法律第83号）附則第13条の規定により第1号訪問事業又は第1号通所事業に係る指定を受けたものとみなされた者が、当該第1号訪問事業又は第1号通所事業と、指定訪問介護（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「指定居宅サービス等基準」という。）第4条に規定する指定訪問介護をいう。以下同じ。）の事業又は指定通所介護

（指定居宅サービス等基準第92条に規定する指定通所介護をいう。以下同じ。）の事業若しくは指定地域密着型通所介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第19条に規定する指定地域密着型通所介護をいう。以下同じ。）の事業とを同一の事業所において一体的に運営し、施行規則附則第31条の規定により初回の指定更新を受けようとする場合において、市長は、第6条の規定にかかわらず、当該指定を受けたものとみなされた者の申出により、当該第1号訪問事業又は第1号通所事業に係る指定の有効期間の満了日を、平成30年4月1日から平成36年3月31日までの間の当該指定訪問介護又は当該指定通所介護若しくは当該指定地域密着型通所介護に係る指定の有効期間の満了日と同一の日として指定更新をすることができるものとする。この場合においては、更新申請があったものとみなす。

様式第1号（第3条関係）

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

神栖市長 様

年 月 日

所在地
申請者 名 称
代表者氏名



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、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

記

| | |
|------------|--|
| 事業所所在市町村番号 | |
|------------|--|

| | | | | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------|----------|-------------------------|-------------------------|-------|
| 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 | | |
| | 法人の種類別 | | 法人所轄庁 | | | |
| | 代表者の職名・ 氏名・生年月日 | 職名 | | フリガナ 氏 名 | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 代表者の住所 | (郵便番号 -) (ビルの名称等) | | | | |
| 指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類 | フリガナ 名 称 | | | | | |
| | 事業所等の所在地 | (郵便番号 -) (ビルの名称等) | | | | |
| | 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 事業開始予定年月日 | すでに指定を受けてい る事業の指定年月日 | 様式 |
| | 訪問 型 サ ー ビ ス | 第1号訪問事業 訪問型サービス | | | | 付表1 |
| | | | | | | |
| | 通 所 型 サ ー ビ ス | 第1号通所事業 通所型サービス | | | | 付表2 |
| | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | (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」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
- 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、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。
- 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「○」を記入してください。
- 5 「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。
- 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、そのすべてを記載してください。

様式第2号（第4条関係）

第 号
年 月 日

様

神栖市長



指定事業者指定通知書

年 月 日付けで申請のありました介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者の指定について、下記のとおり指定をしましたので通知します。

記

- 1 事業所の番号
- 2 事業所の名称
- 3 事業所の所在地
- 4 申請者名
- 5 代表者名
- 6 指定年月日
- 7 有効期間
- 8 事業等の種類

様式第3号（第5条関係）

第 年 月 日 号

様

神栖市長



指定事業者指定拒否通知書

年 月 日付けで申請のありました介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者の指定について、下記のとおり指定をしないことに決定しましたので通知します。

記

- 1 申請者名
- 2 代表者名
- 3 事業所の名称
- 4 事業所の所在地
- 5 理由

（教示）

1 不服申立て

この処分に不服があるときは、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か月以内に、神栖市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か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求をすることができなくなります。

2 処分の取消しの訴え

この処分については、この処分（この処分について、上記1の審査請求をしたときは当該審査請求に対する裁決。以下同じ。）があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、神栖市を被告として（訴訟において神栖市を代表する者は、神栖市長となります。）、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か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、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7条関係）

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

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

神栖市長 様

年 月 日

所在地
申請者 名称
代表者氏名



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、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

記

| | | 事業所所在市町村番号 | | | |
|----------------|----------------|-----------------------|-------|------------|---------------|
| 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 氏名 | 生年月日 年 月 日 |
| | 代表者の住所 | (郵便番号 -) (ビルの名称等) | | | |
| 指定を更新しようとする事業所 | フリガナ 名称 | | | | |
| | 事業所等の所在地 | (郵便番号 -) (ビルの名称等) | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | FAX番号 | |
| | | Eメールアドレス | | | |
| | 介護保険事業所番号 | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | | |

様式第5号（第8条関係）

第 号
年 月 日

様

神栖市長



指定事業者指定更新通知書

年 月 日付けで申請のありました介護予防・日常生活支援総合事業
における指定事業者の指定について、下記のとおり更新をしましたので通知します。

記

- 1 事業所の番号
- 2 事業所の名称
- 3 事業所の所在地
- 4 申請者名
- 5 代表者名
- 6 指定年月日
- 7 有効期間
- 8 事業等の種類

指 定 変 更 届 出 書

年 月 日

神栖市長 様

所在地
事業者 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。

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---------------------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 介護保険事業者番号 | | | | | | | | | | | |
| 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 | 申請者の名称 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 申請者の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 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 事業所・施設の建物の構造, 専用区画等 | (変更後) | | | | | | | | | | | |
| 8 | 利用者の推定数 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | 事業所の管理者及びサービス提供責任者の氏名, 生年月日及び住所 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 運営規程 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 当該指定第1号事業に係る第1号事業支給費の請求に関する事項 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | 役員の氏名, 生年月日及び住所 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | その他 | | | | | | | | | | | | |
| 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7号(第9条関係)

指定第1号事業廃止・休止・再開届出書

年 月 日

神栖市長 様

所在地
事業者 名称
代表者氏名



次のとおり指定第1号事業の廃止（休止・再開）をしたので、届け出ます。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 介護保険事業者番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 廃止（休止・再開）をする事業所 | 名称 | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | | | | | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開の別 | 休止・廃止・再開 | | | | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止する理由 | | | | | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置 (休止・廃止する場合のみ) | | | | | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年 月 日～ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

様式第8号(第10条関係)

指定事業者指定辞退届出書

年 月 日

神栖市長 様

所在地
事業者 名称
代表者氏名



次のとおり指定事業者の指定を辞退したいので、届け出ます。

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 介護保険事業者番号 | | | | | | | | | |
| 指定を辞退する事業所 | 名称 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | |
| 指定を受けた年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 指定を辞退する年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 指定を辞退する理由 | | | | | | | | | | |
| 現に事業所を利用して いる者に対する措置 | | | | | | | | | | |

様式第9号（第11条関係）

第 号
年 月 日

様

神栖市長



指定事業者指定取消停止通知書

年 月 日付け 第 号による介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者の指定について、下記のとおり（取消し、効力の停止）をいたしましたので通知します。

記

- 1 事業所の番号
- 2 事業所の名称
- 3 事業所の所在地
- 4 申請者名
- 5 代表者名
- 6 取消・停止年月日
- 7 事業等の種類
- 8 理由

様式第1号 (第3条関係)

様式第2号 (第4条関係)

様式第3号 (第5条関係)

様式第4号 (第7条関係)

様式第5号 (第8条関係)

様式第6号 (第9条関係)

様式第7号 (第9条関係)

様式第8号 (第10条関係)

様式第9号 (第11条関係)