

四国中央市指定地域密着型サービス事業者等の指定等に関する規則

令和5年3月30日

規則第18号

(趣旨)

第1条 この規則は、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、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者及び指定介護予防支援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)

第2条 法第78条の2第1項、第79条第1項、第115条の12第1項及び第115条の22第1項の規定による申請は、指定申請書(様式第1号)によるものとする。

2 法第78条の2第1項、第79条第1項、第115条の12第1項及び第115条の22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。

(特例による指定を不要とする旨の申出)

第3条 法第78条の2の2第1項ただし書及び法第115条の12の2第1項ただし書の規定による別段の申出は、特例による指定を不要とする旨の申出書(様式第2号)によるものとする。

(変更の届出等)

第4条 法第78条の5、第82条、第115条の15及び第115条の25の規定による届出は、施行規則第131条の13第1項、第133条第1項、第140条の30第1項及び第140条の37第1項に掲げる事項の変更に係るものにあつては変更届出書(様式第3号)、事業の再開に係るものにあつては再開届出書(様式第4号)、事業の廃止又は休止に係るものにあつては廃止・休止届出書(様式第5号)によりそれぞれ行うものとする。

(指定の辞退)

第5条 法第78条の8の規定による指定の辞退は、指定辞退届出書(様式第6号)によるものとする。

(指定の更新の申請)

第6条 法第78条の12、第115条の21及び第115条の31の規定により準用する法第70条の2並びに法第79条の2第1項に規定する更新の申請は、指定更新申請書(様式第7号)によるものとする。

(事業所情報の提供)

第7条 市長は、第2条から前条までの規定による指定又は届出の受理(以下この条において「指定等」という。)をしたときは、愛媛県、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名及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名、生年月日、住所及び職名

- (3) 指定年月日又は指定更新年月日及び指定有効期間満了日
- (4) 事業開始年月日
- (5) 運営規程
- (6) 介護保険事業所番号
- (7) 当該事業所に勤務する介護支援専門員
- (8) その他市長が必要と認める事項

(公示)

第8条 法第78条の11、第85条、第115条の20及び第115条の30の規定による公示は、施行規則第131条の14、第133条の2、第140条の31及び第140条の38に定める事項のほか、次に掲げる事項について行うものとする。

- (1) 介護保険事業所番号
- (2) 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
(添付書類等)

第9条 第2条第1項に規定する指定申請書、第4条に規定する変更届出書及び第6条に規定する指定更新申請書には、市長が別に定める書類を添付するものとする。

(その他)

第10条 この規則に規定するもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行規則)

- 1 この規則は、令和5年4月1日から施行する。
(四国中央市指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関する規則等の廃止)
 - 2 次に掲げる規則は、廃止する。
 - (1) 四国中央市指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関する規則(平成18年四国中央市規則第38号)
 - (2) 四国中央市指定介護予防支援事業所の指定等に関する規則(平成18年四国中央市規則第66号)
 - (3) 四国中央市指定居宅介護支援事業者の指定等に関する規則(平成30年四国中央市規則第5号)
- (経過措置)
- 3 この規則の施行の日の前日までに、前項の規定による廃止前の四国中央市指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関する規則、四国中央市指定介護予防支援事業所の指定等に関する規則及び四国中央市指定居宅介護支援事業者の指定等に関する規則の規定によりなされた手続その他の行為は、それぞれこの規則の相当規定によりなされたものとみなす。

様式第1号（第2条関係）

（表）

指定地域密着型サービス事業所
 指定地域密着型介護予防サービス事業所
 指定居宅介護支援事業所
 指定介護予防支援事業所

指定申請書

年 月 日

四国中央市長 様

所在地

申請者 名称

代表者職名及び氏名

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、次のとおり、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 -)					
	連絡先		電話番号			FAX番号		
			Email アドレス					
	法人等の種類							
	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 -)						
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時には、 <input checked="" type="checkbox"/> 欄に						<input type="checkbox"/>		
指定を受けようとする事業所の種類	地域密着型サービス	同一所在地において行う事業等の種類		共生型サービス申請時に <input checked="" type="checkbox"/>	指定申請対象事業	既に指定を受けている事業	指定申請をする事業の開始予定年月日	様式
		夜間対応型訪問介護						付表1
		認知症対応型通所介護						付表2
		小規模多機能型居宅介護						付表3
		認知症対応型共同生活介護						付表4
		地域密着型特定施設入居者生活介護						付表5
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護						付表6
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護						付表7
		複合型サービス						付表8
	地域密着型通所介護						付表9	
	居宅介護支援事業						付表10	
	介護予防支援事業						付表11	
	介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護						付表2
		介護予防小規模多機能型居宅介護						付表3
介護予防認知症対応型共同生活介護						付表4		
介護保険事業所番号				(既に指定又は許可を受けている場合)				
医療機関コード等				(保険医療機関として指定を受けている場合)				

(裏)

備考

- 1 「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に○印を付してください。
- 2 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。
- 3 既に地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業者が、他方の地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「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」「当該申請に係る事業の開始予定年月日」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。
- 4 法人等の種類は、「社会福祉法人（社協以外）」、「社会福祉法人（社協）」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人（NPO）」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体（都道府県）」、「地方公共団体（市町村）」、「地方公共団体（広域連合・一部事務組合等）」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 5 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は、必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名及び部屋番号の記入も可能です。

様式第2号（第3条関係）

特例による指定を不要とする旨の申出書

年 月 日

四国中央市長 様

住 所
事業者 名 称
代表者氏名

次のとおり特例による指定を不要とする旨を申し出ます。

事 業 所	名称
	所在地
管 理 者	氏名
	住所
申出に係る地域 密着型サービス 等の種類	

様式第3号（第4条関係）

変更届出書

年 月 日

四国中央市長 様

所在地

申請者 名称

代表者職名及び氏名

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 所番号																		
指定内容を変更した事業所等		名称																		
		所在地																		
サービスの種類																				
変更年月日		年 月 日																		
変更があった事項（該当する番号に○印を付すこと。）		変更の内容																		
1	事業所（施設）の名称	(変更前)																		
2	事業所（施設）の所在地																			
3	申請者の名称																			
4	主たる事務所の所在地																			
5	法人等の種類																			
6	代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所																			
7	登記事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。）																			
8	共生型サービスの該当有無																			
9	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等																			
10	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所	(変更後)																		
11	運営規程																			
12	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関																			
13	事業所の種別等																			
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	本体施設、本体施設との移動経路等																			
16	併設施設の状況等																			
17	連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地																			
18	介護支援専門員の氏名及びその登録番号																			

備考

- 厚生労働省提示「(参考) 変更届への標準添付書類一覧」を確認し、必要書類を添付してください。
- 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。
 なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力し、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の（変更前）と（変更後）欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

様式第4号（第4条関係）

再開届出書

年 月 日

四国中央市長 様

所在地

申請者 名称

代表者職名及び氏名

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号																			
再開した事業所	名称																			
	所在地																			
サービスの種類																				
再開した年月日	年 月 日																			

備考 事業の再開に係る届出にあつては、従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表（厚生労働省提示参考様式1）を添付してください。

廃止・休止届出書

年 月 日

四国中央市長 様

所在地
申請者 名称
代表者職名及び氏名

次のとおり事業を廃止（休止）するので届け出ます。

	介護保険事業所番号																			
廃止（休止）する事業所	名称																			
	所在地																			
サービスの種類																				
廃止又は休止の別	廃止 ・ 休止																			
廃止又は休止する年月日	年 月 日																			
廃止又は休止する理由																				
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置																				
休止予定期間	休止日～ 年 月 日																			

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

指定辞退届出書

年 月 日

四国中央市長 様

所在地

申請者 名称

代表者職名及び氏名

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業所番号								
指定を辞退する施設	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									
現に施設に入所している者に対する措置									

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

様式第7号（第6条関係）

指定地域密着型サービス事業所
 指定地域密着型介護予防サービス事業所
 指定居宅介護支援事業所
 指定介護予防支援事業所

指定更新申請書

年 月 日

四国中央市長 様

所在地

申請者 名称

代表者職名及び氏名

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、次のとおり、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 -)						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
		Email アドレス						
	法人等の種類							
代表者の職名・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 -)							
事業所	事業等の種類				介護保険事業所番号			
	指定有効期間満了日							
	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	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								
主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)							
管理者	フリガナ					生年月日		
	名称							
	住所	(郵便番号 -)						

備考

- 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は、必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名及び部屋番号の記入も可能です。
- 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。
- 「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」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。
- 誓約書（厚生労働省提示参考様式6）及び介護支援専門員一覧（厚生労働省提示参考様式7）を添付してください。