

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

(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、指定居宅介護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。

(指定の申請等)

第2条 法第79条第1項に規定する指定の申請は、指定居宅介護支援事業者指定申請書（様式第1号）により行うものとする。

2 法第79条第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。

(指定の更新の申請)

第3条 法第79条の2第1項に規定する更新の申請は、指定居宅介護支援事業者指定更新申請書（様式第2号）により行うものとする。

(変更の届出等)

第4条 法第82条の規定による届出は、施行規則第133条第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）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4号）によりそれぞれ行うものとする。

(事業者情報の提供)

第5条 市長は、前3条の規定による指定、指定の更新又は届出の受理（以下この条において「指定等」という。）をしたときは、愛媛県、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者に関する情報のうち、次の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、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) 管理者の氏名、生年月日及び住所
- (8) 役員の氏名、生年月日及び住所
- (9) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号

(その他)

第6条 この規則の施行に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

様式第1号（第2条関係）

受付番号	
------	--

指定居宅介護支援事業者指定申請書

年 月 日

四国中央市長 様

所在地

申請者 名称

代表者氏名

㊟

介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業者の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	
	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 -)				
指定を受けようとする事業所	フリガナ					
	事業所の名称					
	事業所の所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	事業開始予定年月日	年月日		同一敷地内において既に指定等を受けている事業又は施設	事業又は施設の種類	指定又は開設年月日
介護保険事業所番号					(既に指定等を受けている場合)	
医療機関コード等						

備考

- 1 受付番号の欄は、記入しないこと。
- 2 この申請書は、事業所の所在地ごとに記入すること。
- 3 法人の種別の欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」等の別を記入すること。
- 4 法人の所轄庁の欄は、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すること。
- 5 同一敷地内において既に指定等を受けている事業又は施設の欄のうち事業又は施設の種類の欄は、既に介護保険法による四国中央市の指定等を受けている事業又は施設の種類の欄を、指定又は開設年月日の欄は、当該指定等年月日を記入すること。
- 6 介護保険事業所番号の欄は、既に介護保険法による指定等を受けている場合に記入すること。
- 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は、そのコードを医療機関コードの欄に記入すること。複数のコードを有する場合は、適宜様式を補正してその全てを記入すること。

付表1 居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

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						
当該事業の実施に係る定款、寄附行為等の根拠条文							第 条第 項第 号							
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			生年					
	氏名					月日								
	当該居宅介護支援事業所で兼務する他の職種													
	兼務する同一事業所内の他の事業所又は施設		事業所等の名称			兼務する職種及びその職種に従事する時間等								
事業開始時の利用者の推定数					人									
従業者の員数					介護支援専門員									
					専従			兼務						
					常勤(人)									
					非常勤(人)									
主な 揭示 事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日				
	営業時間	平日		～			土曜		～		日曜又は祝日	～		
	利用料	法定代理受領分												
		法定代理受領分以外												
	その他の費用													
	通常の事業の実施区域	①			②			③			④		⑤	
		(備考)												

備考

- 1 受付番号の欄は、記入しないこと。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載し、又は別に記載した書類を添付すること。
- 3 主な揭示事項の欄については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。
- 4 当該指定居宅介護支援以外のサービスを実施しようとするときは、当該指定居宅介護支援に係る部分とそれ以外のサービスに係る部分の料金の状況が分かる料金表を提出すること。

付表 2 指定申請に係る添付書類一覧

受付番号	
------	--

事業所の名称	
--------	--

番号	添付書類	該当欄	備考
1	申請者の定款、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		
3	事業所の管理者の経歴を記載した書類		
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類		
6	当該申請事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類		
7	当該申請事業に係る資産の状況を記載した書類		
8	関係市町村並びに他の保健医療サービス及び福祉サービスの提供主体との連携の内容を記載した書類		
9	当該申請事業に係る居宅サービス計画費の請求に関する事項を記載した書類		
10	介護保険法（平成9年法律第123号）第79条第2項各号（同法第79条の2第4項において準用する場合を含む。）に該当しない旨の誓約書		
11	役員の氏名、生年月日及び住所を記載した書類		
12	介護支援専門員の氏名及びその登録番号を記載した書類		

備考

- 1 受付番号欄は、記入しないこと。
- 2 該当する欄に○印を付すこと。

様式第2号（第3条関係）

受付番号	
------	--

指定居宅介護支援事業者指定更新申請書

年 月 日

四国中央市長 様

所在地

申請者 名称

代表者氏名

㊟

介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業所の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	
	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 -)				
事業所	フリガナ					
	事業所の名称					
	事業所の所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	現に指定を受けている指定の有効期間満了日			年 月 日		
介護保険事業所番号						
医療機関コード等						

備考

- 1 受付番号の欄は、記入しないこと。
- 2 この申請書は、事業所の所在地ごとに記入すること。
- 3 法人の種別の欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」等の別を記入すること。
- 4 法人の所轄庁の欄は、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すること。
- 5 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は、そのコードを医療機関コードの欄に記入すること。複数のコードを有する場合は、適宜様式を補正してその全てを記入すること。
- 6 付表及び添付書類については、指定申請時の様式を参照すること。

変更届出書

年 月 日

四国中央市長 様

所在地

事業者 名称

代表職・氏名

印

次のとおり、指定を受けた内容を変更しましたので、関係書類を添えて届け出ます。

		介護保険事業所番号																			
指定内容を変更した事業所		名 称																			
		所在地	(郵便番号 -)																		
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	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。）	(変更後)																			
7	事業所の平面図																				
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																				
10	居宅サービス計画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	その他（ ）																				
変更年月日												年 月 日									

備考

- 1 該当項目番号に○印を付すこと。
- 2 変更内容が確認できる書類を添付すること。管理者及び役員の変更に伴うものにあつては、誓約書を添付すること。

様式第4号（第4条関係）

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

四国中央市長 様

所在地

事業者 名称

代表職・氏名

㊞

次のとおり事業の廃止（休止・再開）したので、届け出ます。

	介護保険事業所番号																			
廃止（休止・再開）した事業所	名 称																			
	所在地	(郵便番号 —)																		
廃止、休止及び再開の別	再開 ・ 廃止 ・ 休止																			
廃止（休止・再開）した年月日	年 月 日																			
廃止（休止）をした理由																				
現に居宅介護支援を受けていた者に対する措置(廃止及び休止した場合に限る。)																				
予定期間(休止した場合に限る。)	年 月 日 ～ 年 月 日																			

備考 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業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付すること。