

○かつらぎ町介護予防・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
要綱

平成29年2月9日

告示第24号

改正 平成31年3月25日告示第59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年厚生労働省令第36号。以下「省令」という。)に定めるもののほか、法第115条の45の5第1項に規定す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 この告示で使用する用語は、法で使用する用語の例による。

(指定の申請及び更新)

第3条 法第115条の45の5第1項及び法第115条の45の6第1項の規定による申請は、かつらぎ町介護予防・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)に別表に掲げる書類その他町長が必要と認める書類を添付して行うものとする。ただし、町長が認めた者については、当該添付書類の全部又は一部を省略することができる。

(指定の有効期間)

第4条 省令第140条の63の7の規定による指定事業者の指定の有効期間は、6年とする。

(指定の拒否)

第5条 第3条に規定する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場合は、指定をしないこととする。

- (1) 申請者が、法人でない場合
- (2) 申請者が、かつらぎ町暴力団排除条例(平成23年かつらぎ町条例第21号)第2条第2号に規定する暴力団員等と認められる者であるとき。
- (3) 指定事業者の指定において、かつらぎ町介護保険事業計画に規定する地域支援事業に係る計画量を超過する場合であって、本町における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と認める場合
- (4) 申請者が、法第115条の45第1項第1号に規定する第一号事業(以下「第一号事業」という。)の人員、設備及び運営に関する基準等に従って適正な第一号事業の運営をすることができないと認められるとき。

- (5) 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- (6) 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で介護保険法施行令(平成10年政令第412号。以下「政令」という。)で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- (7) 申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- (8) 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく3月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全てを引き続き滞納している者であるとき。
- (9) 申請者が、法第115条の45の9の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があつた日前60日以内に当該法人の役員等であつた者で当該取消しの日から起算して5年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があつた日前60日以内に当該事業所の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。)であるとき。
- (10) 申請者と密接な関係を有する者が、法第115条の45の9の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過していないとき。
- (11) 申請者が、法第115条の45の9の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があつた日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第6条第1項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- (12) 申請者が、法第115条の45の7第1項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき法第115条の45の9の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として町長が当該申請者に当該検査が行われた日から10日以内に、検査日から起算して10日以内の特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第5条第3項の規定による事業の廃

止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。

(13) 第11号に規定する期間内に第6条第1項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前60日以内に当該届出に係る法人(当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所(当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。)の管理者であった者で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。

(14) 申請者が、指定の申請前5年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

(15) 申請者が、法人で、その役員等のうちに第5号から第9号まで又は第11号から前号までのいずれかに該当するものであるとき。

(16) その他町における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(変更の届出等)

第6条 指定事業者は、当該指定に係る事業所の名称及び所在地その他町長が必要と認める事項に変更があったとき、又は当該指定に係る事業を廃止し、休止し、若しくは再開したときは、その旨を速やかに町長に届け出るものとする。

2 前項の届出は、事項の変更に係るものにあつては変更届出書(様式第2号)を、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3号)を、それぞれ提出することにより行うものとする。

(事業者情報の公表及び提供)

第7条 町長は、第3条に規定する申請及び第6条に規定する届出に係る受理(以下この条において「指定等」という。)をしたとき、又は法第115条の45の9の規定により指定を取り消し、若しくは期間を定めて行う指定の全部若しくは一部の効力の停止したときは、都道府県、国民健康保険団体連合会その他町長が必要と認める者に対して、当該指定事業者等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及び主たる事業所の所在地並びに代表者の氏名及び住所

(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(事業廃止年月日、事業休止年月日、事業再開年月日、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

(7) その他町長が適当と認める事項

(補則)

第8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、別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、平成29年2月1日から施行する。

(準備行為)

2 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手続は、この告示の施行日の前においても行うことができる。

附 則(平成31年3月25日告示第59号)

この告示は、平成31年4月1日から施行する。

別表(第3条関係)

1	申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等
2	従事者の勤務体制及び勤務形態一覧表
3	従事者の資格者証の写し及び雇用が確認できる書類の写し
4	管理者及びサービス提供責任者(訪問型サービスのみの)の経歴書
5	事業所の平面図
6	運営規程
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
8	当該申請に係る資産の状況
9	介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書及び役員名簿
10	個人情報の取扱について定めたもの
11	事故発生時の対応について定めたもの
12	従事者の清潔の保持・健康状態の管理について分かるもの

様式第1号（第3条関係）

受付番号

かつらぎ町介護予防・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

（あて先）かつらぎ町長

所在地
事業者名称
代表者職・氏名

印

介護保険法第115条の45の5第1項の規定による指定事業者の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	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 -)									
指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ										
	事業所等の名称										
	事業所等の所在地	(郵便番号 -) 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事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式			
	第1号事業サービス	訪問介護相当サービス							附表1		
		訪問型サービスA							附表1		
		通所介護相当サービス							附表2		
通所型サービスA								附表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

- 「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。
- 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。
- 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載してください。
- 「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。
- 「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。
- 「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。
- 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。

附表 1

訪問型サービス事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地											
	連絡先	電話番号	()	-	FAX番号	()	-					
E-mailアドレス												
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					(有・無)						
	訪問介護員(従業者)等との兼務の有無											
兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)	事業所等名称											
	兼務する職種及び勤務時間等											
サービス提供責任者(サービス責任者)	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(従業者)			利用者数(前3月の平均) ※通院等乗降介助のみ利用者は0.1人として計算							
		専従			兼務							
常勤(人)												
非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)								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・祝日	~			
		備考										
	利用料	法定代理受領分			介護報酬告示上の額又は町が定めた額の1割又は2割(負担割合証の割合に準ずる)							
		法定代理受領分以外			介護報酬告示上の額又は町が定めた額							
その他の費用												
通常の事業実施地域	①	②		③			④		⑤			
	備考											

備考

- 1 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すること。
- 2 「主な揭示事項」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。

附表 2

通所型サービス事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称	-----									
	所在地										
	連絡先	電話番号	()	-	FAX番号	()	-				
E-mailアドレス											
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			(有 ・ 無)							
	当該事業所で兼務する他の職種										
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)	事業所等名称									
兼務する職種及び勤務時間等											
実施単位数	単位	同時に通所型サービスの提供を受けることができる利用者の数の上限							人		
従業者の職種・員数 (単位別)		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員						
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
		常勤 (人)									
非常勤 (人)											
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡									
主な 掲 示 事 項	定 員	人									
	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・祝日	～				
	サービス提供時間	平日	～	土曜	～	日曜・祝日	～				
	利 用 料	法定代理受領分			介護報酬告示上の額又は町が定めた額の1割又は2割 (負担割合証の割合に準ずる)						
		法定代理受領分以外			介護報酬告示上の額又は町が定めた額						
	その他の費用										
通常の事業 実施地域	①	②	③	④	⑤						
	備考										

備考

- 1 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すること。
- 2 「主な揭示事項」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。

様式第3号（第6条関係）

廃止・休止・再開 届出書

年 月 日

（あて先）かつらぎ町長

所在地

事業者名称

代表者職・氏名

印

次のとおり事業の（廃止・休止・再開）をしましたので届け出ます。

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

備考 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業員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。

様式第1号(第3条関係)

様式第2号(第6条関係)

様式第3号(第6条関係)