

南部箕蚊屋広域連合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21年5月1日 規則第3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項及び第115条の12第1項の規定による申請は、指定申請書（様式第1号）により行うものとする。

2 法第78条の2第1項及び第115条の12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3条 法第78条の5及び第115条の15の規定による届出は、施行規則第131条の13第1項及び第140条の30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）により、それぞれ行うものとする。

(指定の辞退)

第4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4号）により行うものとする。

(指定の更新)

第5条 法第78条の12及び法第115条の21において準用する法第70条の2の規定による指定の更新申請は、指定更新申請書（様式第5号）により行うものとする。

(事業所情報の提供)

第6条 南部箕蚊屋広域連合長は（以下「広域連合長」という。）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（以下この規則において「指定等」という。）をしたときは、鳥取県、鳥取県国民健康保険団体連合会その他機関に対して、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、指定更新、指定辞退又は指定取消しの年月日並びに指定有効期間満了日
- (4) 事業開始及び事業廃止年月日
- (5) 介護保険事業所番号
- (6) 運営規程

(公示)

第7条 法第78条の11及び第115条の20の規定による公示は、法第78条の11各号及び第115条の20各号の措置に係る事業所に関する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) 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、指定の辞退又は指定の取消しの年月日
- (5) サービスの種類

(委任)

第8条 この規則に定めるもののほか、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し必要な事項は広域連合長が別に定める。

附 則

(施行期日)

第1条 この規則は、平成21年5月1日から施行する。

(経過措置)

第2条 この規則の施行の日の前日までに、南部箕蚊屋広域連合介護保険法施行細則（平成11年南部箕蚊屋広域連合規則第12号）の規定によりなされた処分、手続きその他の行為は、それぞれ、規則の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則（平成24年3月30日規則第2号）

この規則は、平成24年4月1日から施行する。

附 則（平成24年7月23日規則第3号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成28年8月17日規則第3号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成30年10月1日規則第6号）

この規則は、平成30年10月1日から施行する。

附 則（令和3年4月1日規則第4号）

この規則は、令和3年4月1日から施行する。

受付番号	
------	--

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

指定申請書

年 月 日

南部箕蚊屋広域連合長 様

所在地
申請者
名 称

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。

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					
	メールアドレス											
	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	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	事業所等の所在地	(郵便番号 —)										
	同一所在地において行う事業の種類					実 施 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			
	地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護								付表1		
		夜間対応型訪問介護								付表2		
		認知症対応型通所介護								付表3		
		小規模多機能型居宅介護								付表4		
		認知症対応型共同生活介護								付表5		
		地域密着型特定施設入居者生活介護								付表6		
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護								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		
一 部 サ ー ビ ス	介護予防認知症対応型通所介護								付表3			
	介護予防小規模多機能型居宅介護								付表4			
	介護予防認知症対応型共同生活介護								付表5			
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 「法人の種類」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 「メールアドレス」欄に記載されたメールアドレス宛てに、各種通知・依頼等をお知らせするメールをお送りします。申請者単位での送付としますので、各申請者につき一つのメールアドレスを記載してください。
 - 5 「実施事業」欄は、今回申請するものに「◎」、既に指定を受けているものには、「○」をそれぞれ記載してください。
 - 6 「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。
 - 7 「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。
 - 8 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。
 - 9 既に地域密着型サービス事業所の指定を受けている事業者が、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の予定年月日」「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、申請書への記載又は書類の提出を省略できます。また、既に地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、地域密着型サービス事業所の指定を受ける場合においても同様です。

変 更 届 出 書

年 月 日

南部箕蚊屋広域連合長 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・施設		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・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	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名												
6	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。)												
7	事業所・施設の建物の構造、専用区画等												
8	事業所・施設の管理者の氏名及び住所	(変更後)											
9	運営規程												
10	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関												
11	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												
12	本体施設、本体施設との移動経路等												
13	併設施設の状況等												
14	その他必要と認められる事項												
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。

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

南部箕蚊屋広域連合長 様

所在地
事業者 名称
代表者氏名

次のとおり事業の廃止(休止・再開)をしたいので届け出ます。

	介護保険事業者番号																	
廃止(休止・再開)する事業所・施設	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 する 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・廃止した場合のみ)																		
休 止 予 定 期 間	年 月 日～ 年 月 日																	

備考 廃止・休止の場合は、廃止・休止する日の1ヶ月前までに届出が必要です。

事業の再開に係る届出にあつては、省令に定める当該事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

南部箕蚊屋広域連合長 様

所在地
事業者 名 称
代表者氏名

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業者番号																		
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																			
現にサービス又は施設に入所している者に対する措置																			

注 指定を辞退する日の1ヶ月前までに届け出てください。

利用している者の措置について具体的な内容を説明できるものを添付してください。

受付番号	
------	--

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 指定更新申請書

年 月 日

南部箕蚊屋広域連合長 様

所在地
申請者
名 称

介護保険法に規定する事業所に係る指定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。

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 ー)			
		(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・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 ー)				
	(ビルの名称等)				
事 業 所	フリガナ 名 称				
	所 在 地	(郵便番号 ー)			
	連 絡 先	電話番号		FAX番号	
	サービスの種類				
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業所を有するとき					
所	フリガナ 名 称				
	所 在 地	(郵便番号 ー)			
	連 絡 先	電話番号		FAX番号	
現に受けている指定の有効期間満了日					
誓約書			別添のとおり		

備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

2 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。