

平成29年2月20日告示第25号

改正

平成30年8月30日告示第90号の2

山田町介護予防・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を次のように定め、平成29年4月1日から施行する。

山田町介護予防・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
(趣旨)

第1 この要綱は、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（以下「総合事業」という。）における法第115条の45の3第1項の規定に基づく指定事業者（以下「指定事業者」という。）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 法第115条の45の5第1項の規定による申請は、山田町介護予防・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。

(指定事業者の指定)

第3 町長は、第2に規定する申請があった場合は、法第115条の45の5第2項の規定に基づき指定の適否を審査し、指定事業者の指定を行うときは、当該申請をした者にその旨を通知するものとする。

2 前項の規定による指定事業者の指定は、6年ごとにその更新を受けなければ、その期間の経過によって、その効力を失う。

3 平成27年4月1日において、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条の規定により指定事業所の指定を受けたものとみなされた指定事業所の指定の期間は、平成30年3月31日とする。

(指定の拒否)

第4 第3に規定する指定事業者の指定を行うことにより、山田町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の町における地域支援事業の円滑

かつ適切な実施に支障が生じると認められる場合においては、当該事業者の指定を行わないことができる。

(変更の届出等)

第5 指定の申請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)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3号)により、それぞれ届出を行うものとする。

(指定の更新)

第6 法第115条の45の6第1項の規定による更新の申請は、山田町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者更新申請書(様式第4号)により行うものとする。

(指定の取消し等)

第7 町長は、法第115条の45の9の規定により指定を取り消したとき又は指定の全部若しくは一部の効力を停止するときは、当該指定事業所に通知するものとする。

(事業者情報の公表及び提供)

第8 町長は、第3から第7までの規定による指定、指定の取消し又は届出の受理(以下第8において「指定等」という。)をしたときは、当該指定等に係る事業者に関する情報のうち、次に掲げる事項を公表するとともに、岩手県、国民健康保険団体連合会その他の機関にこれ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) 指定年月日

(4) 事業開始年月日

(5) 運営規程

(6) 介護保険事業所番号

(7) その他指定等に関し必要と認める事項

(事故発生時の対応)

第9 指定事業者は、総合事業の利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、町、当該利用者の家族、当該利用者に係る介護予防支援又は介護予防マネジメントを行う地域包括支援センター等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければな

らない。

2 指定事業者は、前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録しなければならない。

3 指定事業者は、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

(指導及び監査)

第10 町長は、総合事業の適切かつ有効な実施のため、総合事業を実施する者に対して、指導及び監査を行うものとする。

(補則)

第11 この要綱に定めるもののほか、総合事業における指定事業者の指定等に必要な事項は、町長が別に定める。

前 文 (抄) (平成30年8月30日告示第90号の2)

平成30年10月1日から施行する。

様式第1号（第2関係）

山田町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年 月 日

山田町長 様

申請者 所在地
名 称
代表者氏名

印

山田町介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者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 -)				
		(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			生年月日	
		氏 名			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	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	既に指定を受け ている事業の 指定年月日
	介護 予 防 ・ 日 常 生 活 支 援 総 合 事 業	訪問型サービス（介護予防訪問介護相当）				
		通所型サービス（介護予防通所介護相当）				
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」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、「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」等の別を記載してください。
- 3 「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。
- 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○を付してください。
- 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5関係）

変更届出書

年 月 日

山田町長 様

所在地
事業者名称
代表者氏名

印

山田町介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者として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（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、住所及び職名										
6	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。）										
7	事業所・施設の建物の構造、専用区画等	(変更後)									
8	事業所・施設の管理者の氏名、生年月日及び住所										
9	運営規程										
10	サービス提供責任者の氏名、住所、生年月日及び経歴										
11	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3号（第5関係）

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

山田町長 様

所在地
事業者名称
代表者氏名

印

介護予防・日常生活支援総合事業を廃止（休止・再開）しましたので、次のとおり届け出ます。

	介護保険事業所番号									
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、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してください。

様式第4号（第6関係）

受付番号	
------	--

山田町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者更新申請書

年 月 日

山田町長 様

申請者 所在地
 名 称
 代表者氏名 印

山田町介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者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、次のとおり申請します。

		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 -)				
	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	年 月 日
	代表者の住所	(郵便番号 -) ----- (ビルの名称等)				
更 新 を 受 け よ う と す る 事 業 所	事業所等の所在地	(郵便番号 -) ----- (ビルの名称等)				
	事業所の種類	介護保険事業所番号	フリガナ 名 称	既に指定を受けている事業 の指定年月日	有効期間 満了日	

備考 「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。