

聖籠町告示第12号

聖籠町介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号事業者の指定等に関する要綱を次のように定める。

平成29年2月21日

聖籠町長 渡邊 廣吉

聖籠町介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号事業者の
指定等に関する要綱

(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年厚生省令第36号。以下「法施行規則」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における指定第1号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115条の45の5第1項の規定による申請は、聖籠町介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定申請書（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条 町長は、前条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、指定をすることを決定した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 法施行規則第140条の63の7の規定による指定第1号事業者の指定の有効期間は、6年とする。

(指定の拒否)

第4条 前条第1項に規定する指定事業者の指定については、当該事業者を指定することにより、聖籠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際し支障が生じる場合においては、これを行わないことができる。

(変更の届出等)

第5条 指定の申請事項の変更の届出にあつては変更届出書（様式第2号）により、事業の廃止、休止又は再開の届出にあつては、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。

（事業者情報の公表及び提供）

第6条 町長は、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、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、新潟県、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して、提供するものとする。

- （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） その他町長が適当と認める事項

（雑則）

第7条 この告示に規定するもののほか、介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号事業者の指定等に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

（施行期日）

第1条 この告示は、平成29年4月1日から施行する。

（準備行為）

第2条 町長は、この告示の施行日前においても、介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号事業者の指定等に関し必要な手続を行うことができる。

様式第1号（第2条関係）

様式第1号（第10条関係）

受付番号

聖籠町介護予防・日常生活支援総合事業
指定第1号事業者指定申請書

年 月 日

聖籠町長 様

所在地
申請者
名 称

代表者氏名 印

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	
	法人の種類			法人所轄庁		
	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 -)				
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 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	
	介護 予 防 ・ 日 常 生 活 支 援 総 合 事 業 第 1 号 事 業 サ ー ビ ス	訪問型サービス（現行相当）				付表1
		訪問型サービスA				付表1
		通所型サービス（現行相当）				付表2
		通所型サービスA				付表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 「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。
- 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。

変 更 届 出 書

年 月 日

聖籠町長 様

所在地
事業者名称
代表者氏名
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、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。）								
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及び住所								
9	運営規程								
10	サービス費の請求に関する事項								
11	役員の氏名及び住所								
12	その他								
変 更 年 月 日		年 月 日							

- 備考 1 該当項目番号に○で囲んでください。
- 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

聖籠町長様

所在地
事業者名称
代表者氏名
印

次のとおり事業の廃止（休止・再開）をいた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									
休止・廃止・再開の別	休止・廃止・再開								
休止・廃止・再開した年月日	年 月 日								
休止・廃止した理由									
現にサービス又は支援を受けていた者 に対する措置 (休止・廃止した場合のみ)									
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っては、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。

(第3条関係)

年 月 日

指定事業者 代表者 様

聖 籠 町 長



事業者指定通知書

標記の件について、介護保険法第115条の45の5第2項の規定により指定第1号事業者として指定しましたので、通知します。

申請者名称	
代表者名称	
事業所名	
所在地	
介護保険事業者番号	
指定年月日	年 月 日
サービス種類	
指定の有効期間満了日	年 月 日
特記事項	