

甲賀市介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防・生活支援
サービス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「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介護予防・生活支援サービス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、介護予防・生活支援サービス事業者指定申請書（様式第1号）により行うものとする。

(介護予防・生活支援サービス事業者の指定等)

第3条 市長は、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、指定することを決定したときは、事業者指定通知書（様式第2号）により当該申請をした者にその旨を通知するものとする。

(指定の有効期間)

第4条 施行規則第140条の63の7の規定による介護予防・生活支援サービス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 市長は、第2条に規定する申請があった場合において、当該申請者が別に定める基準に従って適正に事業を行うことができないと認めるときは、法第115条の45の5第2項の規定に基づき、指定を行わない。

2 市長は、別に定める基準を満たした事業所であっても、当該事業所を指定することにより、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きは、当該事業所の指定を行わないことができる。

(指定の更新)

第6条 第3条に基づき指定の決定を受けた者（以下「指定事業者」という。）が、法第115条の45の6第1項に基づき、その指定の更新を受けようとするときは、介護予防・生活支援サービス事業者指定更新申請書（様式第3号）に必要な書類を添えて、当該指定の有効期間の満了の日の1月前までに市長に届出なければ

ばならない。

(変更の届出等)

第7条 指定事業者は、指定の申請事項に変更があったときは、変更届出書(様式第4号)を10日以内に市長に届け出なければならない。

2 指定事業者は、当該指定に係る事業を廃止、休止又は再開しようとするときは、廃止・休止・再開届出書(様式第5号)を廃止、休止又は再開しようとする1月前までに市長に届け出なければならない。

(事業者情報の公表及び提供)

第8条 市長は、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、滋賀県、滋賀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) その他市長が適当と認める事項

(指定の取消し等)

第9条 市長は、法第115条の45の9各号のいずれかに該当する場合においては、当該指定事業者に係る指定事業者の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定事業者の指定の全部若しくは一部の効力を停止することができる。

2 市長は、前項に規定する取消し等をした者に対し、事業者指定取消等通知書(様式第6号)により通知するものとする。

(その他)

第10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介護予防・生活支援サービス事業者の指定等に関し必要な事項は、市長が別に定める。

付 則

(施行期日)

1 この告示は、平成29年4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介護予防・生活支援サービス事業者の指定等に関し必要な手続については、この告示の施行日前においても行うことができる。

様式第1号（第2条関係）

介護予防・生活支援サービス事業者指定申請書

年 月 日

甲賀市長 あて

申請者 住所
氏名



（法人にあつては、名称及び代表者の職・氏名）

介護保険法第115条の45の5第1項に規定する事業者（施設）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。

記

申請者	(ふりがな) 名称				
	(ふりがな) 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、氏名及び生年月日	職名		(ふりがな) 氏名	生年月日
	(ふりがな) 代表者の住所	(郵便番号 -)			
指定を受けようとする事業所・施設の概要	(ふりがな) 事業所（施設）の名称				
	(ふりがな) 事業所の所在地 (施設の開設の場所)	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
		Eメールアドレス			
	同一所在地において行う事業等の種類	居宅サービス・居宅介護支援・施設			
		実施事業	申請する事業等の開始予定年月日	既に指定（許可）を受けている事業等の指定（許可）年月日	
	訪問介護				
	介護予防訪問介護				
	訪問型サービス（現行相当）				
	訪問型サービスA				
	通所介護				
	介護予防通所介護				
通所型サービス（現行相当）					
通所型サービスA					
通所型サービスC					
介護保険事業所番号				(既に指定（許可）を受けている場合、複数ある場合は適宜様式を補正して記入)	
保険医療機関コード等					

注 事業所が法人以外の開設する病院、診療所又は薬局であるときは、申請者欄の「名称」を「氏名」、「主たる事務所の所在地」を「住所」、「代表者」を「開設者」に読み替え、「法人の種別（及び法人所轄庁）」欄の記載を要しない。

様式第2号（第3条関係）

年 月 日

指定事業者 代表者 様

甲賀市長



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、介護予防・生活支援サービス事業者として指定しましたので、通知します。

事業者名称	
代表者名称	
事業所名	
所在地	甲賀市
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	

様式第3号（第6条関係）

介護予防・生活支援サービス事業者指定更新申請書

年 月 日

甲賀市長 あて

申請者 住所
氏名 ㊟
（法人にあつては、名称及び代表者の職・氏名）

介護保険法第115条の45の6に規定する事業者(施設)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。

記

申請者	(ふりがな) 名称			
	(ふりがな) 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、氏名及び生年月日	職名	(ふりがな) 氏名	生年月日
	(ふりがな) 代表者の住所	(郵便番号 -)		
指定を受けようとする事業所・施設の概要	(ふりがな) 事業所(施設)の名称			
	(ふりがな) 事業所の所在地 (施設の開設の場所)	(郵便番号 -)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
		Eメールアドレス		
	同一所在地において行う事業等の種類	居宅サービス・居宅介護支援・施設		
		実施事業	申請する事業等の開始予定年月日	既に指定(許可)を受けている事業等の指定(許可)年月日
	訪問介護			
	介護予防訪問介護			
	訪問型サービス(現行相当)			
	訪問型サービスA			
通所介護				
介護予防通所介護				
通所型サービス(現行相当)				
通所型サービスA				
介護保険事業所番号	(既に指定(許可)を受けている場合、複数ある場合は適宜様式を補正して記入)			
保険医療機関コード等				

注 事業所が法人以外の開設する病院、診療所または薬局であるときは、申請者欄の「名称」を「氏名」、「主たる事務所の所在地」を「住所」、「代表者」を「開設者」に読み替え、「法人の種別(及び法人所轄庁)」欄の記載を要しない。

変 更 届 出 書

年 月 日

甲賀市長 あて

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、寄付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・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								
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

甲賀市長 あて

所在地
事業者名称
代表者氏名

印

次のとおり事業廃止（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（施設）	名 称								
	所在地								
サービスの種類									
休止、廃止又は再開の別	休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開								
休止、廃止又は再開した年月日	年 月 日								
休止又は廃止した理由									
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置 （休止又は廃止した場合のみ）									
休止予定時期	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。

年 月 日

指定事業者 代表者 様

甲賀市長



事業者指定取消等通知書

下記の事業所に係る事業者指定について、介護保険法第115条の45の9の規定に基づき、下記のとおり指定を取り消しますので通知します。

事業者名称	
代表者名称	
事業所名	
所在地	甲賀市
介護保険事業者番号	
指定取消年月日	年 月 日
サービス種類	
処分の内容	
理由	

- 1 この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、甲賀市長に対して審査請求をすることができます。（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）
- 2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、甲賀市を被告として（訴訟において甲賀市を代表する者は甲賀市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。