

鶴岡市介護予防・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

平成29年3月31日

告示第124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。）第115条の45第1項に規定する第1号事業を行う事業者の指定に関し、法及び介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「省令」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この告示における用語は、法及び省令において使用する用語の例による。

(事業者指定)

第3条 法第115条の45の5第1項の規定による申請は、鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業者の指定申請書（様式第1号）により行うものとする。

2 市長は、前項の申請を受けたときは、その内容を審査し、指定の可否を決定したときは、鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者（新規・更新）指定（指定却下）通知書（様式第2号）により通知するものとする。

3 前項の規定により指定する旨の通知を受けた者は、その旨を当該指定に係る事業所の見やすい場所に掲示しなければならない。

(指定拒否)

第4条 指定事業者の指定は、法第115条の45の5第2項に規定する場合のほか、当該事業者を指定することにより、鶴岡市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市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られる場合においては、これを行わないことができる。

(指定の更新)

第5条 法第115条の45の6第2項の規定による更新の申請は、鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業者の指定更新申請書（様式第3号）により行うものとする。

2 第3条第2項及び第3項の規定は、前項の申請について準用する。

(変更の届出等)

第6条 法第115条の45の3第1項の規定による指定事業者の指定（法第115条の45の6第1項の規定による指定の更新に係る指定を含む。）を受けている者（以下「指定事業者」という。）は、省令第140条の63の5第1項各号に定める事項に変更があったときは、10日以内に、鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業者の変

更届出書（様式第4号）により、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し、又は休止しようとするときは、鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止・再開届出書（様式第5号）により、当該廃止又は休止の日の1月前までに市長に届け出なければならない。

3 指定事業者は、休止した当該指定に係る事業を再開したときは、10日以内に、鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止・再開届出書により、市長に届け出なければならない。

（指定の取消し等）

第7条 市長は、法第115条の45の9の規定により、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したときは、鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定取消（停止）通知書（様式第6号）により、当該指定の取消し又は停止に係る者に通知するものとする。

（その他）

第8条 この告示に定めるもののほか、第1号事業を行う事業者の指定に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、平成29年4月1日から施行する。

備考

1. 「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。
2. 「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。
- 3 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定等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。
4. 「指定申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始（開設）予定年月日を記載してください。
5. 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は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。

付表1-1 訪問介護・訪問型サービスA事業者の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ																
	名称																
	所在地	(郵便番号 -) 山形県 郡市															
		(ビルの名称等)															
	直通連絡先	直通電話番号					FAX番号										
メールアドレス(PC)		@															
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	(郵便番号 -)											
	氏名																
	生年月日																
	当該訪問介護事業所内で兼務する他の職種(兼務の場合記入)																
同一敷地内の他の事業所又は施設との兼務(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	フリガナ				住所	(郵便番号 -)											
	氏名																
	フリガナ				住所	(郵便番号 -)											
	氏名																
従業者の職種・員数		訪問介護員等															
		専従					兼務										
常勤(人)																	
非常勤(人)																	
常勤換算後の人数(人)																	
基準上の必要人数(人)																	
適合の可否																	
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	其他年間の休日							
	営業時間	平日								土曜		~		日曜・祝日		~	
		備考															
	利用料	法定代理受領分															
		法定代理受領分以外															
その他の費用																	
通常の事業の実施地域	①				②				③				④				⑤
	備考																
添付書類	別添のとおり																

- 備考
- 「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別に記入した書類を添付してください。
 - 「訪問介護員等」の欄には、指定訪問介護の提供に当たる介護福祉士又は実務者研修・介護職員基礎研修・訪問介護員養成研修1級、2級課程、鶴岡市の担い手研修の修了者(サービス提供責任者を含む)の人数を記入してください。
 - 「通常の事業の実施地域」の欄には、実施市町村名を記入してください。
 - 本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務所を有するときは、その事務所の名称及び所在地等について、付表1-2に記入してください。

付表2-1 通所介護・通所型サービスA事業者の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ															
	名称															
	所在地	(郵便番号 —) 山形県 郡市														
		(ビルの名称等)														
	直通連絡先	直通電話番号					FAX番号									
メールアドレス(PC)	@															
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	(郵便番号 —)									
	氏名															
	生年月日															
	当該通所介護事務所内で兼務する他の職種(兼務の場合記入)															
同一敷地内の他の事業		事業所等名称														
所又は施設との兼務		兼務する職種														
(兼務の場合記入)		及び勤務時間等														
実施単位数	単位	同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限								人						
単位別従業者の職種・員数	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)															
	基準上の必要人数(人)															
適合の可否																
食堂及び機能訓練室の合計面積					基準上の必要数値			適合の可否								
					㎡			㎡ 以上								
主な揭示事項	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・祝				
		備考														
	利用料	法定代理受領分														
法定代理受領分以外																
その他の費用																
通常の事業の実施地域	①			②			③			④			⑤			
	備考															
添付書類	別添のとおり															

- 備考
- 「受付番号」、「基準上の必要人数」、「基準上の必要数値」及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別に記入した書類を添付してください。
 - 本事業所内で複数の単位を実施する場合には、2単位目以降に係る単位別従業者の職種・員数及び主な揭示事項については、付表2-1(別紙)に記入し添付してください。
 - 「通常の事業の実施地域」の欄には、実施市町村名を記入してください。
 - 本事業所の所在地以外の場所に本事業の一部を実施する施設を有するときは、付表2-2に必要事項を記入のうえ、添付してください。
 - 付表6参考様式又は介護職員及び生活相談員の人数が基準を満たしていることが分かる書類を添付してください。

付表2-1(別紙) 通所介護・通所型サービスAの指定に係る
記載事項(2単位目以降)

受付番号

事業所	フリガナ																		
	名称																		
単位	単位別従業者の職種・員数	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)																	
		基準上の必要人数(人)																	
	適合の可否																		
	主な揭示事項	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・祝			~			
	備考																		
	単位	単位別従業者の職種・員数	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)																			
基準上の必要人数(人)																			
適合の可否																			
主な揭示事項		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・祝			~			
備考																			
単位		単位別従業者の職種・員数	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)																		
	基準上の必要人数(人)																		
	適合の可否																		
	主な揭示事項	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・祝			~			
	備考																		

付表2-2 通所介護・通所型サービスA事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号

事業所	フリガナ												
	名称												
事業一部実施施設数		施設											
事業一部実施施設	フリガナ												
	名称												
	所在地	(郵便番号 -)											
		県 郡 市											
		(ビルの名称等)											
直通連絡先	直通電話番号					FAX番号							
	メールアドレス(PC)	@											
同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限				人									
単位別従業者の職種・員数	生活相談員	専従	兼務	看護職員	専従	兼務	介護職員	専従	兼務	機能訓練指導員	専従	兼務	
		常勤(人)											
	非常勤(人)												
	基準上の必要人数(人)												
	適合の可否												
食堂及び機能訓練室の合計面積				基準上の必要数値				適合の可否					
				㎡				㎡ 以上					
主な揭示事項	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・祝	~
備考													
添付書類	平面図												

備考 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」、「基準上の必要数値」及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別に記入した書類を添付してください。
 3 一のローテーションにおいて、一部事業を実施する施設を複数有するときは、適宜欄を設けて記入するか又は別に記入した書類を添付してください。

様式第2号（第3条関係）

鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者（新規・更新）指定（指定却下）通知書

年 月 日

様

鶴岡市長



年 月 日付けで申請のあった、鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業者の（新規・更新）指定申請書について、鶴岡市介護予防・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第3条第2項に基づき、下記のとおり決定します。

記

決定内容	指定・却下									
介護保険事業所番号										
指定を決定する事業所	名称									
	所在地									
代表者名										
サービスの種類										
決定した年月日										
指定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
却下の場合の理由										

受付番号※

鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業者の指定更新申請書

年 月 日

鶴岡市長 様

所在地
申請者 名称
代表者職氏名

印

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※		事業所番号							
申請者	フリガナ									
	名称									
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)								
		県	郡市							
		施設等の名称								
	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 -)								
県		郡市								
施設等の名称										
事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -)								
	連絡先	電話番号				FAX番号				
	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務所を有するとき									
	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -)								
連絡先	電話番号				FAX番号					
管理者の氏名 生年月日、住所		フリガナ				生年月日	住所			
		氏名								
サービスの種類										
現に受けている指定の有効期間満了日										
役員の名、生年月日及び住所					別添のとおり					
法第115条の45の5第2項等指定・認可の欠格事由に該当しないことを誓約する書面					別添のとおり					
事業費算定に係る体制等についての変更の有無					変更有(別添のとおり) 変更無					

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。

職氏名

申請担当者

連絡先 tel fax

受付番号※	
-------	--

鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業者の変更届出書

年 月 日

鶴岡市長 様

事業者（開設者） 住所又は所在地
氏名又は名称及び代表者職氏名

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。

事業所番号											
指定内容を変更した事業所		名称									
		所在地									
サービスの種類											
変更があった事項		変更内容									
1	事業所の名称	(変更前)									
2	事業所の所在地										
3	申請者の名称										
4	申請者の主たる事務所の所在地										
5	代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所										
6	定款・寄付行為等及びその登録簿謄本・条例等（当該事業に関するものに限る）										
7	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所										
8	サービス提供責任者の氏名及び住所										
9	運営規程	(変更後)									
10	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関										
11	事業所の種別										
12	事業実施形態（本体施設が特別養護老人ホームの場合の単独型・空床利用型・併設型の別）										
13	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										
14	併設施設の状況等										
15	役員の氏名、生年月日及び住所										
16	介護支援専門員の氏名、登録番号等（就労の開始及び就労の終了を含む）										
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. 変更内容がわかる書類を添付してください。

申請担当者 職氏名 _____
連絡先 tel _____ fax _____

様式第5号（第6条関係）

鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者 廃止・休止・再開 届出書

年 月 日

鶴岡市長 様

住所又は所在地
事業者（開設者） 氏名又は名称及び代表者職氏名

印

次のとおり事業を 廃止・休止・再開 するので届け出ます。

	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 (いずれかを○で囲むこと。)	廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開										
廃止・休止・再開する年月日	年 月 日										
廃止・休止・再開する理由											
現にサービスを受けている者 に対する措置 (廃止・休止する場合のみ)											
休止予定期間 (休止する場合のみ)	年 月 日 ~ 年 月 日										

担当者職氏名.....

連絡先 tel..... fax.....

- ※ 廃止・休止年月日は、サービス提供最終日としてください。
- ※ 事業を廃止又は休止する場合は、事業を廃止又は休止する日の1ヶ月前までに届け出をしてください。
- ※ 再開の場合は、再開した日から10日以内に届出をしてください。
- ※ 事業の再開に係る届け出にあつては、施行規則に定める当該事業に係る従事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6号（第7条関係）

鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定取消（停止）通知書

第 号
年 月 日

様

鶴岡市長



次の理由により、第1号事業者の指定を取り消した（停止した）ので通知します。

1 事業所の所在地

2 事業所の名称

3 代表者氏名

4 取消し（停止）の理由

5 取消しの日 年 月 日

（停止の期間 年 月 日～ 年 月 日）

（注） この処分に不服がある場合は、この決定を知った日の翌日から起算して3月以内に市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、この決定があった日の翌日から起算して6月以内に、市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）提起することができます。（なお、処分の通知を受けた日から6月以内であっても、処分の日から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、審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁判があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に提起しなければなりません。