

大田市指定介護予防支援事業所の指定等に関する規則及び大田市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及び指定居宅介護支援事業所の指定等に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和3年3月25日

大田市長 **楯野弘和**

大田市規則第31号

大田市指定介護予防支援事業所の指定等に関する規則及び大田市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及び指定居宅介護支援事業所の指定等に関する規則の一部を改正する規則

(大田市指定介護予防支援事業所の指定等に関する規則の一部改正)

第1条 大田市指定介護予防支援事業所の指定等に関する規則（平成18年大田市規則第19号）の一部を次のように改正する。

様式第1号から様式第4号までを次のように改める。

受付番号	
------	--

指定介護予防支援事業所 指定申請書

年 月 日

大田市長 様

所在地
申請者
名 称

介護保険法に規定する指定介護予防支援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)			
事業所等の所在地	(郵便番号 ー)			
	(ビルの名称等)			
当該申請に係る事業の開始の予定年月日		地域包括支援センターの設置年月日(設置している場合に記入)		

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」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 地域包括支援センターの設置の届出を既に行っている場合において、既に当該市町村長に提出している事項に変更がないときは、これらの事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略させることができる。

変更届出書

年 月 日

大田市長 様

住所
申請者(所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

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		名称							
		所在地							
変更があった事項		変更の内容							
1	事業者の名称	(変更前)							
2	事業者の所在地								
3	主たる事務所の所在地								
4	代表者の氏名、生年月日及び住所								
5	登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)	(変更後)							
6	事業者の平面図								
7	事業者の管理者の氏名、生年月日及び住所								
8	運営規程								
9	介護支援専門員の氏名及びその登録番号								
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

大田市長 様

住 所
申請者（所在地）
氏 名
（名称及び代表者氏名）

次のとおり事業の廃止（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	名 称
	所在地
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	
現に介護予防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つては、施行規則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。

受付番号	
------	--

指定介護予防支援事業所 指定更新申請書

年 月 日

大田市長 様

所在地
申請者
名 称

介護保険法に規定する指定介護予防支援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 —)				
		(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 —)					
	(ビルの名称等)					
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		
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			
介護支援専門員の氏名及びその登録番号			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。

3 上記に掲げる指定の更新に係る記載事項について、施行規則に規定する省略可能な事項を省略した様式となっていることから、各市町村において必要に応じて、施行規則に規定するその他の事項について追加されたい。

(大田市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及び指定居宅介護支援事業所の指定等に関する規則の一部改正)

第2条 大田市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及び指定居宅介護支援事業所の指定等に関する規則(平成28年大田市規則第34号)の一部を次のように改正する。

様式第1号から様式第5号までを次のように改める。

様式第1号(第2条関係)

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
 指定居宅介護支援事業所

指定申請書

年 月 日

大田市長 様 (名称)
 申請者 (代表者の職名・氏名)

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。

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		
			Email				
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	同一所在地において行う事業等の種類		指定申請対象事業 (該当事業に○)	既に指定を受けている事業 (該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定年月日	様式	
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護					付表1
		認知症対応型通所介護					付表2
		小規模多機能型居宅介護					付表3
		認知症対応型共同生活介護					付表4
		地域密着型特定施設入居者生活介護					付表5
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護					付表6
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護					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	
	居宅介護支援事業					付表10	
地域密着型介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護					付表2	
	介護予防小規模多機能型居宅介護					付表3	
	介護予防認知症対応型共同生活介護					付表4	
介護保険事業者番号		(既に指定又は許可を受けている場合)					
医療機関コード等		(保険医療機関として指定を受けている場合)					

- 備考 1 「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 2 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。
 3 既に地域密着型サービス事業所の指定をうけている事業者が、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」「当該申請に係わる事業の開始予定年月日」「当該申請に関する事項」「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」を除いて届出を省略できます。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に届出を省略できます。

変更届出書

年 月 日

大田市長 様 開設者 住所
(所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

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等		名称									
		所在地									
サービスの種類											
変更年月日		年			月			日			
変更があった事項(該当に○)		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(開設者)の氏名、生年月日及び住所										
6	登記事項証明書・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、生年月日及び住所	(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	介護支援専門員の氏名及びその登録番号										

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。

再開届出書

年 月 日

大田市長 様 住所
開設者 (所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業者番号								
再開した事業所	名称								
	所在地								
サービスの種類									
再開した年月日	年			月			日		

備考 事業の再開に係る届出にあつては、従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)を添付してください。

廃止・休止届出書

年 月 日

大田市長 様 開設者 住所
(所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

	介護保険事業者番号								
廃止(休止)する事業所	名称								
	所在地								
サービスの種類									
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止								
廃止・休止する年月日	年 月 日								
廃止・休止する理由									
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置									
休止予定期間	休止日 ~ 年 月 日								

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

指定辞退届出書

年 月 日

大田市長 様
開設者 住所
(所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

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									
現に施設に入所している者に対する措置									

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

様式第5号(第5条関係)

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
 指定居宅介護支援事業所

指定更新申請書

年 月 日

大田市長 様 (名称)
 申請者 (代表者の職名・氏名)

介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

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
		Email		
	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 -)			
事業所	事業等の種類			
	指定有効期間満了日			
	フリガナ 名称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	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				
主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)			
管理者	フリガナ 氏名		生年月日	
	住所	(郵便番号 -)		

- 別添 1 誓約書(参考様式6)
 2 介護支援専門員一覧(参考様式7)

附 則

この規則は、令和3年4月1日から施行する。