

## 長野市介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業者の指定に関する要綱

### (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。）及びこれに基づく命令に定めるもののほか、法第115条の45第1項第1号イに規定する第1号訪問事業及び同号ロに規定する第1号通所事業に係る法第115条の45の3第1項の指定に関し必要な事項を定めるものとする。

### (指定申請書等)

第2 法第115条の45の5第1項（法第115条の45の6第4項において準用する場合を含む。次項において同じ。）の規定による申請は、長野市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書（様式第1号）によるものとする。

2 法第115条の45の5第1項の規定により指定又は指定の更新を受けた者（以下「指定事業者」という。）は、その旨を当該指定に係る事業所の見やすい場所に標示するものとする。

3 指定事業者は、指定を受けた事項の変更について市長に届け出ようとするときは、当該変更があった日から10日以内に、長野市介護予防・日常生活支援総合事業指定事項変更届出書（様式第2号）により届け出るものとする。

### (休廃止届出書等)

第3 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第140条の62の3第2項第4号の規定による届出は、長野市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業廃止・休止届出書（様式第3号）によるものとする。

2 指定事業者は、当該指定にかかる事業を再開したことについて市長に届け出ようとするときは、再開した日から10日以内に長野市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業再開届出書（様式第4号）により届け出るものとする。

### (情報の提供)

第4 市長は、法第115条の45の3第1項の指定若しくは指定の更新又は第2第3項若しくは第3の届出の受理（以下この項において「指定等」という。）をしたときは、県、国民健康保険団体連合会その他の機関に対し、当該指定等に係る事業所に関する情報のうち、次に掲げる事項を提供するものとする。

- (1) 当該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) 指定等の年月日
- (4) 事業開始年月日
- (5) 運営規程
- (6) 介護保険事業所番号

### (補則)

第5 この要綱に定めるもののほか指定事業者の指定等に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成28年10月 1 日から施行する。

様式第1号（第2関係）

受付番号	
------	--

長野市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書

平成 年 月 日

長野市長 宛

所在地  
申請者 名称  
代表者氏名 ⑩

介護保険法の規定による事業所の指定を受けたいので、次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 - ) (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 - ) (ビルの名称等)				
指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ 事業所名					
	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	現に受けてい る指定の有効 期間満了日	様式
	訪問介護					
	介護予防訪問介護					
	介護予防訪問介護相当 サービス				付表 1	
	訪問型基準緩和サービス				付表 1	
	通所介護					
	介護予防通所介護					
介護予防通所介護相当 サービス				付表 2		
通所型基準緩和サービス				付表 2		
介護保険事業所番号	(既に指定を受けている場合)					
医療機関コード等						

## 備考

- 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「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」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」等の別を記入してください。
- 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 更新申請の場合は、今回更新を受けようとする事業について、「現に受けている指定の有効期間満了日」欄に、指定の有効期間が満了する年月日を記載してください。
- 8 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、その全てを記載してください。

様式第2号（第2関係）

長野市介護予防・日常生活支援総合事業指定事項変更届出書

年 月 日

長野市長 宛

所在地  
事業者 名称  
代表者氏名 ㊟

次のとおり指定を受けた内容に変更があったので、関係書類を添えて届け出ます。

介護保険事業所番号										
1 指定内容を変更した事業所の名称及び所在地										
2 サービスの種類										
3 変更事項										
4 変更内容	変更前									
	変更後									
5 変更事由										
6 変更年月日										

備考

- 1 変更内容が分かる書類を添付してください。なお、利用者の定員の増加に伴うものは当該サービスに係る事業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類を添付してください。
- 2 変更の日から10日以内に届け出てください。

様式第3号（第3関係）

長野市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業廃止・休止届出書

年 月 日

長野市長 宛

所在地  
事業者 名称  
代表者氏名 ㊟

次のとおり事業の廃止（休止）をしますので、介護保険法施行規則第140条の62の3第2項第4号の規定により届け出ます。

	介護保険事業所番号													
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・休止しようとする年月日	年 月 日													
廃止・休止しようとする理由														
既にサービスを受けている者に対する措置														
休止の予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日													

備考 廃止し、又は休止しようとする日の1月前までに届け出てください。

様式第4号（第3関係）

長野市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業再開届出書

年 月 日

長野市長 宛

所在地  
事業者 名称  
代表者氏名 ⑩

次のとおり事業の再開をしましたので、届け出ます。

	介護保険事業所番号																			
再開する事業所	名称																			
	所在地																			
サービスの種類																				
再開した年月日	年 月 日																			

備考 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、再開の日から10日以内に届け出てください。