

寒川町指定居宅介護支援事業者の指定等に関する規則をここに公布する。

平成 30 年 3 月 30 日

寒川町長 木村 俊雄

寒川町規則第 13 号

寒川町指定居宅介護支援事業者の指定等に関する規則

(趣旨)

第 1 条 この規則は、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「省令」という。)に定めるもののほか、指定居宅介護支援事業者の指定等に関し必要な事項を定めるものとする。

(指定の申請等)

第 2 条 法第 79 条第 1 項の規定による指定居宅介護支援事業者(以下「指定事業者」という。)の申請は、指定居宅介護支援事業者指定申請書(第 1 号様式)により行うものとする。

2 町長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、その結果を指定居宅介護支援事業者指定決定(申請却下)通知書(第 2 号様式)により、当該申請をした者に通知するものとする。

3 法第 46 条第 1 項の指定を受けた者は、その旨を当該指定に係る事業所の見やすい場所に標示するものとする。

(変更の届出等)

第 3 条 法第 82 条の規定による届出は、省令第 132 条第 1 項各号に掲げる事項の変更に係るものにあつては指定居宅介護支援事業者指定事項変更届出書(第 3 号様式)により、休止した事業の再開に係るものにあつては指定居宅介護支援事業者廃止・休止・再開届出書(第 4 号様式)により、それぞれ行うものとする。

2 法第 82 条の 2 の規定による届出は、指定居宅介護支援事業者廃止・休止・再開届

出書(第4号様式)により行うものとする。

(指定の更新申請)

第4条 法第79条の2の規定による申請は、指定居宅介護支援事業者指定更新申請書(第5号様式)により行うものとする。

2 町長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、その結果を指定居宅介護支援事業者指定更新決定(更新却下)通知書(第6号様式)により、当該申請をした者に通知するものとする。

(指定の取消)

第5条 法第84条の規定による指定の取消し又は停止は、指定居宅介護支援事業者指定取消・停止通知書(第7号様式)により行うものとする。

(事業情報の提供)

第6条 町長は、第2条から第4条までの規定による申請若しくは届出を受理したとき、又は前条に規定する指定の取消し若しくは停止をしたときは、都道府県、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して、当該事業所に関する情報のうち、次に掲げる事項を提供することができるものとする。

(1) 名称及び所在地

(2) 指定の申請をした者の名称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、指定の廃止、指定の取消し又は指定の全部若しくは一部の効力の停止に係るサービスの種類及び年月日

(4) 事業開始年月日

(5) 運営規程

(6) 介護保険事業所番号

(7) その他町長が必要と認める事項

(補則)

第7条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

受付番号	※
------	---

指定居宅介護支援事業者指定申請書

年 月 日

（宛 先）寒川町長

所在地
申請者 名 称
代 表 者

印

介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業者の指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者 (法人)	フリガナ						
	名称						
	主たる事務所の所在地	(〒 -)					
		(建物の名称等)					
	連絡先	電話番号				FAX 番号	
	法人の種類				法人の所轄庁		
	代表者(開設者)の役職名・氏名・生年月日	役職名	フリガナ			生年月日	
氏名							
代表者(開設者)の住所	(〒 -)						
	(建物の名称等)						
指定を受けようとする事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(〒 -)					
		(建物の名称等)					
	連絡先	電話番号				FAX 番号	
		メールアドレス					
	同一所在地内において行う事業又は施設の種類の種類				実施事業	事業開始予定年月日又は指定(許可)年月日	
	指定居宅サービス	訪問介護					
		訪問入浴介護					
		訪問看護					
		訪問リハビリテーション					
		居宅療養管理指導					
		通所介護					
		通所リハビリテーション					
短期入所生活介護							
短期入所療養介護							
特定施設入居者生活介護							
福祉用具貸与							
特定福祉用具販売							
居宅介護支援							
施設サービス	介護老人福祉施設						
	介護老人保健施設						

	介護療養型医療施設		
	介護医療院		
指定介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護		
	介護予防訪問看護		
	介護予防訪問リハビリテーション		
	介護予防在宅療養管理指導		
	介護予防通所リハビリテーション		
	介護予防短期入所生活介護		
	介護予防短期入所療養介護		
	介護予防特定施設入居者生活介護		
	介護予防福祉用具貸与		
	特定介護予防福祉用具販売		
指定地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
	夜間対応型訪問介護		
	地域密着型通所介護		
	認知症対応型通所介護		
	小規模多機能型居宅介護		
	認知症対応型共同生活介護		
	地域密着型特定施設入居者生活介護		
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		
	複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)		
指定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		
	介護予防小規模多機能型居宅介護		
	介護予防認知症対応型共同生活介護		
介護予防支援			
介護保険事業所番号			
医療機関コード等			
指定を受けている他の区市町村名			

備考 1 ※印欄には記入しないでください。

- 「法人の種類」欄は、「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」、「有限会社」等の別を記入してください。
- 「法人の所轄庁」欄は、当該法人に法人格を付与した行政庁（大臣、都道府県知事等）がある場合には、その名称を記入してください。
- 「介護保険事業所番号」欄は、既に付番されている場合のみ記入してください。複数の番号を有する場合には、適宜余白等を利用し、その全てを記入してください。
- 保険医療機関、保健薬局、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」欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜余白等を利用し、その全てを記入してください。
- 「指定を受けようとする事業所」の「実施事業」欄は、該当する欄に今回指定の申請をするものは「◎」を、指定の申請をしているものは「申請中」を、既に指定を受けているものは「○」を記入してください。

様

寒川町長

印

指定居宅介護支援事業者指定決定（申請却下）通知書

年 月 日付けで、申請のありました指定居宅介護支援事業者の指定について、次のとおり決定しましたので通知します。

指定します

事業所	名称	
	所在地	
主たる事務所の所在地		
代表者	氏名	
	住所	
事業開始年月日		年 月 日
指定年月日		年 月 日
当該事業所に係る指定期間		年 月 日～ 年 月 日
サービスの種類		
介護保険事業所番号		

申請を却下します

理由

- 1 この処分について不服があるときは、この処分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、寒川町長に審査請求することができます。
- 2 この処分についての取消訴訟は、第1項の審査請求に対する判決があったことを知った日の翌日から6月以内に、寒川町（訴訟において寒川町を代表する者は寒川町長となります）を被告として、提訴することができます。なお、判決があったことを知った日の翌日から6月以内であっても、判決の日から1年を経過すると取消訴訟を提訴することができません。

受付番号	※
------	---

指定居宅介護支援事業者指定事項変更届出書

年 月 日

（宛 先）寒川町長

所在地
届出者 名 称
代 表 者

印

介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業者の変更について、関係書類を添えて届け出ます。

事業所	介護保険事業所番号					
	フリガナ					
	名称					
	所在地	(〒 -)				
		(建物の名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX 番号	
	メールアドレス					
サービスの種類						

変更があった事項		変更の内容
1	事業所の名称及び所在地	(変更前)
2	申請者（法人）の名称及び主たる事務所の所在地	
3	代表者（開設者）の役職名、氏名、生年月日及び住所	
4	申請者の定款等及び登記事項証明書又は条例等	
5	事業所の建物の構造、専用区画等及び設備の概要	
6	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	(変更後)
7	運営規程	
8	居宅介護サービス計画費の請求に関する事項	
9	役員の役職名、氏名、生年月日及び住所	
10	介護支援専門員の氏名及び登録番号	
11	その他	
変更年月日		

備考 1 ※印欄には記入しないでください。
 2 「変更があった事項」欄は、該当する事項の番号に○を付けてください。
 3 「変更の内容」は、変更前と変更後の内容を具体的に記入してください。
 4 変更があった日から10日以内に届け出てください。

受付番号	※
------	---

指定居宅介護支援事業者廃止・休止・再開届出書

年 月 日

（宛 先）寒川町長

所在地
届出者 名 称
代 表 者

印

次のとおり、事業の 廃止（休止、再開）を届け出ます。

廃止 (休止、 再開) する 事業所	介護保険事業所番号						
	フリガナ						
	名称						
	所在地	(〒 -)					
		(建物の名称等)					
	連絡先	電話番号			FAX 番号		
	メールアドレス						
サービスの種類							

廃止（休止、再開）の別	廃止 ・ 休止 ・ 再開
廃止（休止、再開）の 年月日	年 月 日
廃止（休止、再開）の理由	
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	年 月 日 ~ 年 月 日

備考 1 事業の廃止又は休止に係る届出にあつては、廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

2 事業の再開に係る届出にあつては、再開した日から10日以内に届け出てください。

【添付書類】

1 事業の廃止又は休止に係る届出にあつては、利用者のサービス提供が継続されることが分かる一覧表（任意様式）

2 事業の廃止に係る届出にあつては、指定決定通知書（原本）

3 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る再開する月の従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類、従業者の資格証の写し

受付番号	※
------	---

指定居宅介護支援事業者指定更新申請書

年 月 日

（宛 先）寒川町長

所在地
申請者 名 称
代 表 者

印

介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業者の指定の更新を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者 (法人)	フリガナ							
	名称							
	主たる事務所の所在地	(〒 -)						
		(建物の名称等)						
	連絡先	電話番号				FAX 番号		
	法人の種類				法人の所轄庁			
	代表者(開設者)の役職名・氏名・生年月日	役職名				フリガナ	生年月日	
			氏名					
代表者(開設者)の住所	(〒 -)							
	(建物の名称等)							
指定の更新を受けようとする事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(〒 -)						
		(建物の名称等)						
	連絡先	電話番号				FAX 番号		
		メールアドレス						
	同一所在地内において行う事業又は施設の種類					指定更新事業	指定(更新)年月日	指定有効期間満了日
	指定居宅サービス	訪問介護						
		訪問入浴介護						
		訪問看護						
		訪問リハビリテーション						
		居宅療養管理指導						
		通所介護						
通所リハビリテーション								
短期入所生活介護								
短期入所療養介護								
特定施設入居者生活介護								
福祉用具貸与								
特定福祉用具販売								
居宅介護支援								
施設サービス	介護老人福祉施設							

	介護老人保健施設			
	介護療養型医療施設			
	介護医療院			
指定介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護			
	介護予防訪問看護			
	介護予防訪問リハビリテーション			
	介護予防在宅療養管理指導			
	介護予防通所リハビリテーション			
	介護予防短期入所生活介護			
	介護予防短期入所療養介護			
	介護予防特定施設入居者生活介護			
	介護予防福祉用具貸与			
	特定介護予防福祉用具販売			
指定地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護			
	夜間対応型訪問介護			
	地域密着型通所介護			
	認知症対応型通所介護			
	小規模多機能型居宅介護			
	認知症対応型共同生活介護			
	地域密着型特定施設入居者生活介護			
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)			
指定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			
	介護予防小規模多機能型居宅介護			
	介護予防認知症対応型共同生活介護			
介護予防支援				
介護保険事業所番号				
医療機関コード等				
指定を受けている他の区市町村名				

備考1 ※印欄には記入しないでください。

- 「法人の種類」欄は、「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」、「有限会社」等の別を記入してください。
- 「法人の所轄庁」欄は、当該法人に法人格を付与した行政庁（大臣、都道府県知事等）がある場合には、その名称を記入してください。
- 「介護保険事業所番号」欄は、既に付番されている場合のみ記入してください。複数の番号を有する場合には、適宜余白等を利用し、その全てを記入してください。
- 保険医療機関、保健薬局、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」欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜余白等を利用し、その全てを記入してください。
- 「指定の更新を受けようとする事業所」の「指定更新事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 「指定の更新を受けようとする事業所」の「指定（更新）年月日」欄は、更新を受ける日付を記入してください。

年 月 日

様

寒川町長

印

指定居宅介護支援事業者指定更新決定（更新却下）通知書

年 月 日付けで、申請のありました指定居宅介護支援事業者の指定更新について、次のとおり決定しましたので通知します。

指定します

事業所	名称	
	所在地	
主たる事務所の所在地		
代表者	氏名	
	住所	
指定年月日	年 月 日	
当該事業所に係る指定期間	年 月 日～ 年 月 日	
サービスの種類		
介護保険事業所番号		

申請を却下します

理由

- 1 この処分について不服があるときは、この処分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、寒川町長に審査請求することができます。
- 2 この処分についての取消訴訟は、第1項の審査請求に対する判決があったことを知った日の翌日から6月以内に、寒川町（訴訟において寒川町を代表する者は寒川町長となります）を被告として、提訴することができます。なお、判決があったことを知った日の翌日から6月以内であっても、判決の日から1年を経過すると取消訴訟を提訴することができません。

年 月 日

様

寒川町長

印

指定居宅介護支援事業者指定取消・停止通知書

年 月 日付けで、指定しました指定居宅介護支援事業者の指定について、次のとおり決定しましたので通知します。

事業所	名称	
	所在地	
主たる事務所の所在地		
代表者	氏名	
	住所	
指定取消年月日		年 月 日
サービスの種類		
介護保険事業所番号		
取消理由		
停止の期間		年 月 日 ～ 年 月 日

- この処分について不服があるときは、この処分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、寒川町長に審査請求することができます。
- この処分についての取消訴訟は、第1項の審査請求に対する判決があったことを知った日の翌日から6月以内に、寒川町（訴訟において寒川町を代表する者は寒川町長となります）を被告として、提訴することができます。なお、判決があったことを知った日の翌日から6月以内であっても、判決の日から1年を経過すると取消訴訟を提訴することができません。