

○寒川町指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関する規則

平成18年3月31日

規則第19号

改正 平成20年7月29日規則第17号

平成20年11月26日規則第26号

平成21年4月30日規則第8号

平成28年3月24日規則第7号

平成29年7月24日規則第11号

平成30年11月22日規則第23号

(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、指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所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78条の2第1項及び第115条の12第1項の規定による申請は、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、その結果を指定事業所決定(申請却下)通知書(第2号様式)により、当該申請者に通知するものとする。

3 前項の規定により指定を受けた者は、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。

(平20規則17・一部改正)

(変更の届出等)

第3条 法第78条の5第1項及び第115条の15第1項の規定による届出は、省令第131条の13第1項及び第140条の30第1項に掲げる事項の変更に係るものにあつては変更届出書(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78条の5第2項及び第115条の15第2項の規定による届出は、廃止・休止届出書(第4号様式の2)により行うものとする。

(指定の更新申請)

第4条 法第78条の12及び第115条の21において準用する第70条の2の規定による申請は、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、その結果を指定事業所更新決定(申請却下)通知書(第6号様式)により、当該申請者に通知するものとする。

(平20規則17・一部改正)

(指定の辞退の届出)

第5条 法第78条の8の規定による指定の辞退は、指定辞退届出書(第7号様式)により行うものとする。

(指定の取消し)

第6条 法第78条の10及び第115条の19の規定による指定の取消しは、指定事業所取消通知書(第8号様式)により行うものとする。

(事業所情報の提供)

第7条 町長は、第2条から前条までの規定による申請又は届出(以下この条において「指定等」という。)を受理したときは、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ことができるものとする。

- (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、指定の辞退、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

(公示)

第8条 法第78条の11及び第115条の20の規定による公示は、省令第131条の14及び第140条の31各号の措置に係る事業所に関する次に掲げる事項について行うものとする。

- (1) 介護保険事業所番号

- (2) 指定地域密着型サービス事業所又は指定地域密着型介護予防サービス事業所の名称及び所在地
- (3) 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
- (4) 指定をし、事業の廃止の届出を受理し、又は指定を取り消した場合にあっては、その年月日
- (5) 指定の全部又は一部の効力を停止した場合にあっては、その内容及びその期間
- (6) サービスの種類

(補則)

第9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18年4月1日から施行する。

附 則(平成20年7月29日規則第17号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成20年11月26日規則第26号)

この規則は、平成20年12月1日から施行する。

附 則(平成21年4月30日規則第8号)

この規則は、平成21年5月1日から施行する。

附 則(平成28年3月24日規則第7号)

(施行期日)

1 この規則は、行政不服審査法の施行の日(平成28年4月1日)から施行する。

(経過措置の原則)

2 町長等(処分権限を有する町の機関をいう。以下同じ。)の処分その他の行為又は不作為についての不服申立てであつてこの規則の施行前にされた町長等の処分その他の行為又はこの規則の施行前にされた申請に係る町長等の不作為に係るものについては、なお従前の例による。

附 則(平成29年7月24日規則第11号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成30年11月22日規則第23号)

この規則は、平成30年12月1日から施行する。

第1号様式(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
指定申請書

年 月 日

(宛先)寒川町長

(名称)

申請者

(代表者の職名・氏名)

印

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 ー) 県 都市 | | | | | | |
| | 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 ー) 県 都市 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | 付表10 | |
| | 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) | | |

*裏面に記載に関しての備考があります。

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受けている事業者が、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。

第2号様式(第2条関係)

年 月 日

様

寒川町長

印

指定事業所決定(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)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 | | |
| 介護保険事業者番号 | | |

申請を却下します

| |
|----|
| 理由 |
|----|

この処分について不服がある場合は、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、寒川町長に対して審査請求をすることができます。また、この処分を受けたことを知った日(審査請求をした場合には、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、寒川町(寒川町長)を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、処分の日から1年を経過するとその訴えは提起できません。

変更届出書

年 月 日

(宛先)寒川町長

開設者 住所
(所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

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等 | 名称 | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | |
| サービスの種類 | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | | | | | | | | |
| 変更があった事項(該当に○) | | | | | 変更の内容 | | | | |
| 事業所(施設)の名称 | (変更前) | | | | | | | | |
| 事業所(施設)の所在地 | | | | | | | | | |
| 申請者の名称 | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | | | | | | | |
| 代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所 | | | | | | | | | |
| 登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。) | | | | | | | | | |
| 事業所(施設)の建物の構造、専用区画等 | (変更後) | | | | | | | | |
| 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所 | | | | | | | | | |
| 運営規程 | | | | | | | | | |
| 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 本体施設、本体施設との移動経路等 | | | | | | | | | |
| 併設施設の状況等 | | | | | | | | | |
| 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。

第4号様式(第3条関係)

再開届出書

年 月 日

(宛先)寒川町長

住所
開設者 (所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名) 印

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 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表を添付してください。

第4号様式の2(第3条関係)

廃止・休止届出書

年 月 日

(宛先)寒川町長

住所
開設者 (所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

印

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。

第5号様式(第4条関係)

指定地域密着型サービス・指定地域密着型介護予防サービス事業所
指定更新申請書

年 月 日

(宛先)寒川町長

(名称)

申請者

(代表者の職名・氏名)

印

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 ー) 県 郡市 | | | |
| | 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 ー) 県 郡市 | | | | |
| 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 ー) 県 郡市 | | | |
| | 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 | | | | |
| 管理者 | フリガナ | | | | |
| | 名称 | | 生年月日 | | |
| | 住所 | (郵便番号 ー) 県 郡市 | | | |

備考 誓約書を添付してください。

第6号様式(第4条関係)

年 月 日

様

寒川町長

印

指定事業所更新決定(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)の更新指定について、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 | | |
| 介護保険事業者番号 | | |

申請を却下します

| |
|----|
| 理由 |
|----|

この処分について不服がある場合は、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、寒川町長に対して審査請求をすることができます。また、この処分を受けたことを知った日(審査請求をした場合には、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、寒川町(寒川町長)を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、処分の日から1年を経過するとその訴えは提起できません。

第7号様式(第5条関係)

指定辞退届出書

年 月 日

(宛先)寒川町長

住所
開設者 (所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名) 印

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。

第8号様式(第6条関係)

年 月 日

様

寒川町長

印

指 定 事 業 所 取 消 通 知 書

介護保険法の規定に基づき、次のとおり事業所の指定を取消しましたので通知します。

申請者名

代表者名

事業所名

所在地

神奈川県高座郡寒川町

介護保険番号

指定取消年月日

年 月 日

サービスの種類

第1号様式(第2条関係)

(平30規則23・全改)

第2号様式(第2条関係)

(平20規則17・全改、平28規則7・一部改正)

第3号様式(第3条関係)

(平30規則23・全改)

第4号様式(第3条関係)

(平30規則23・全改)

第4号様式の2(第3条関係)

(平30規則23・全改)

第5号様式(第4条関係)

(平30規則23・全改)

第6号様式(第4条関係)

(平20規則17・全改、平28規則7・一部改正)

第7号様式(第5条関係)

(平30規則23・全改)

第8号様式(第6条関係)