

○総社市指定地域密着型サービス事業者等の指定等に関する規則

平成18年3月28日

規則第28号

改正 平成21年8月26日規則第41号

平成25年3月29日規則第17号

平成27年3月30日規則第2号

平成30年3月22日規則第13号

平成30年9月26日規則第29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「施行規則」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者、指定地域密着型介護予防サービス事業者、指定居宅介護支援事業者及び指定介護予防支援事業者(以下「事業者」という。)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)

第2条 法第78条の2第1項、第79条第1項、第115条の12第1項及び第115条の22第1項の規定による申請は、指定申請書(様式第1号)により行うものとする。

(指定の通知等)

第3条 市長は、前条の規定による申請があったときは、これを審査し、当該事業所を指定した場合は、指定通知書(様式第2号)により当該申請者に通知するものとする。なお、指定を行わない申請者に対しては、その旨を通知する。

2 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。

(指定の更新)

第4条 法第79条の2又は第78条の12、第115条の21及び第115条の31において準用する第70条の2の規定による指定の更新の申請は、指定更新申請書(様式第3号)により行うものとする。

2 前項の規定による申請があったときの通知等は、前条の規定を準用する。

(変更の届出等)

第5条 法第78条の5第1項、第82条第1項、第115条の15第1項及び第115条の25第1項の規定による変更の届出は、施行規則第131条の13第1項、第133条第1項、第140条の30第1

項及び第140条の37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(様式第4号)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(様式第5号)により、それぞれ行うものとする。

2 法第78条の5第2項、第82条第2項、第115条の15第2項及び第115条の25第2項の規定による届出は、廃止・休止届出書(様式第6号)により行うものとする。

(指定の辞退)

第6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(様式第7号)により行うものとする。

(事業所情報の提供)

第7条 市長は、第2条から前条までの規定による指定又は届出の受理(以下この条において「指定等」という。)をしたときは、他の地方公共団体、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。

- (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) 管理者の氏名、生年月日及び住所
- (8) 役員の氏名、生年月日及び住所
- (9) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号

(その他)

第8条 この規則に定めるもののほか、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

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則(平成21年8月26日規則第41号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成25年3月29日規則第17号)

この規則は、平成25年4月1日から施行する。

附 則(平成27年3月30日規則第2号)

この規則は、平成27年4月1日から施行する。

附 則(平成30年3月22日規則第13号)

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

附 則(平成30年9月26日規則第29号)

この規則は、平成30年10月1日から施行する。

様式第1号（第2条関係）

受付番号

指定申請書

年 月 日

総社市長 様

所在地
申請者 名称



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、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所所在市町村番号

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			
	法人の種類		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 -)					
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 の 種 類	フリガナ 事 業 所 名						
	事業所等の所在地		(郵便番号 -)				
	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	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
看護小規模多機能型居宅介護					付表8		
地域密着型通所介護					付表9		
サ ー ビ ス 予 防 密 着 型 介 護	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	
居宅介護支援						付表13	
介護予防支援						付表14	
介護保険事業所番号			(既に指定を受けている場合)				
指定を受けている他市町村名							
医療機関コード等							

備考

様式第2号（第3条関係）

総社市指令 第 号
年 月 日

様

総社市長 

指 定 通 知 書

介護保険法第 条第 項の規定に基づき、事業者として指定しましたので、次のとおり通知します。

申請者名

代表者名

事業所名

所在地

介護保険事業所番号

指定年月日

指定有効期限

サービスの種類

受付番号

指定更新申請書

総社市長 様

年 月 日

申請者 所在地
名称



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、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所所在市町村番号

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	
	法人の種類				法人所轄庁		
指定(更新)を受けようとする事業の種類	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 -)				
	フリガナ 事業所名						
	事業所等の所在地		(郵便番号 -)				
同一所在地において行う事業の種類			指定の更新を受けようとする事業	既に指定を受けている事業の指定年月日	既に指定を受けている事業の指定有効期限	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	
	看護小規模多機能型居宅介護					付表8	
	地域密着型通所介護					付表9	
サテライト型地域防犯	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	
居宅介護支援						付表13	
介護予防支援						付表14	
介護保険事業所番号			(既に指定を受けている場合)				
指定を受けている他市町村名							
医療機関コード等							

備考

様式第4号（第5条関係）

変更届出書

年 月 日

総 社 市 長 様

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を変更しましたので届け出ます。

		介護保険事業所番号												
指定内容を変更した事業所（施設）		名 称												
		所在地												
サービスの種類														
変更があった事項		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・開設者の名称													
4	主たる事務所の所在地													
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名													
6	登記事項証明書又は条例等 (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	管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴													
9	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	(変更後)												
10	計画作成担当者の氏名、生年月日、住所及び経歴													
11	介護支援専門員の氏名及びその登録番号													
12	運営規程													
13	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関の名称、診療科名及び契約の内容													
14	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													
15	施設と本体施設との移動経路及び方法等													
16	併設施設の状況等													
17	その他													
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。

様式第5号（第5条関係）

再開届出書

年 月 日

総社市長様

所在地

事業者名称

代表者氏名

㊟

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 事業の再開に係る届出にあつては、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ください。

様式第6号（第5条関係）

廃止・休止届出書

年 月 日

総 社 市 長 様

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																				
休止・廃止の別	休 止 ・ 廃 止																			
休止・廃止しようとする年月日	年 月 日																			
休止・廃止しようとする理由																				
現にサービスを受けている者に対する措置																				
休 止 予 定 期 間	年 月 日から 年 月 日まで																			

様式第7号（第6条関係）

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

総 社 市 長 様

所在地

事 業 者 名 称

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。

	介護保険事業所番号																			
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																				
現にサービスを利用している者に対する措置																				

注 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1号(第2条関係)

様式第2号(第3条関係)

様式第3号(第4条関係)

様式第4号(第5条関係)

様式第5号(第5条関係)

様式第6号(第5条関係)

様式第7号(第6条関係)