

総社市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業者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6年3月21日

総社市長 片岡 聡 一

総社市規則第9号

総社市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業者の指定等に関する規則の一部を改正する規則

総社市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業者の指定等に関する規則（平成28年総社市規則第44号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄中下線が引かれた部分（様式の表示を除く。以下「改正部分」という。）に対応する同表の改正後の欄中下線が引かれた部分（様式の表示を除く。以下「改正後部分」という。）が存在する場合には、当該改正部分を当該改正後部分に改め、改正部分に対応する改正後部分が存在しない場合には、当該改正部分を削り、改正後部分に対応する改正部分が存在しない場合には、当該改正後部分を加える。

次の表の改正前の欄中様式の表示に下線が引かれた様式（以下「移動様式」という。）に対応する同表の改正後の欄中様式の表示に下線が引かれた様式（以下「移動後様式」という。）が存在する場合には、当該移動様式を当該移動後様式とし、移動後様式に対応する移動様式が存在しない場合には、当該移動後様式を加える。

改正後	改正前
<p>(変更の届出等)</p> <p>第7条 指定事業者は、施行規則第140条の63の5第1項に掲げる事項（同項第3号、第6号及び第9号から第11号までを除く。）<u>の変更に係るもの</u>にあつては変更届出書（様式第5号）により、<u>休止した事業の再開に係るもの</u>にあつては再開届出書（様式第6号）により、市長に届け出なければならない。</p> <p>2 指定事業者は、法第115条の45の3第1項に規定する第1号事業を廃止又は休止しようとするときは、<u>廃止・休止届出書（様式第7号）</u>により、市長に届け出なければならない。</p> <p>3 第1項の変更届出書の提出期限は、当該変更のあった日の10日後と、<u>同項の再開届出書の提出期限は、当該再開した日の10日後とし、前項の廃止・休止届出書の提出期限は、廃止又は休止しようとする日の1月前とする。</u></p>	<p>(変更の届出等)</p> <p>第7条 指定事業者は、施行規則第140条の63の5第1項に掲げる事項（同項第3号、第6号及び第9号から第11号までを除く。）<u>に変更があつたときは、その旨を変更届出書（様式第5号）により、市長に届け出なければならない。</u></p> <p>2 指定事業者は、法第115条の45の3第1項に規定する第1号事業を廃止し、若しくは休止しようとするとき又は休止した当該事業を再開したときは、<u>その旨を廃止・休止・再開届出書（様式第6号）</u>により、市長に届け出なければならない。</p> <p>3 第1項の変更届出書の提出期限は、当該変更のあった日の10日後、前項の<u>廃止・休止・再開届</u>の提出期限は、<u>廃止し、又は休止しようとする日の1月前（休止した当該事業を再開したときは、再開した日の10日後）とする。</u></p>

改正後	改正前
<p>(指定の取消し) 第8条 市長は、法第115条の45の9の規定による指定の取消し又は効力の停止をしたときは、取消・停止通知書<u>(様式第8号)</u>を指定事業者に送付するものとする。</p> <p><u>様式第1号(第3条関係)</u> (別紙のとおり)</p> <p><u>様式第4号(第5条関係)</u> (別紙のとおり)</p> <p><u>様式第5号(第7条関係)</u> (別紙のとおり)</p> <p><u>様式第6号(第7条関係)</u> (別紙のとおり)</p> <p><u>様式第7号(第7条関係)</u> (別紙のとおり)</p> <p><u>様式第8号(第8条関係)</u> (別紙のとおり)</p>	<p>(指定の取消し) 第8条 市長は、法第115条の45の9の規定による指定の取消し又は効力の停止をしたときは、取消・停止通知書<u>(様式第7号)</u>を指定事業者に送付するものとする。</p> <p><u>様式第1号(第3条関係)</u> 略</p> <p><u>様式第4号(第5条関係)</u> 略</p> <p><u>様式第5号(第7条関係)</u> 略</p> <p><u>様式第6号(第7条関係)</u> 略</p> <p><u>様式第7号(第8条関係)</u> 略</p>

附 則

この規則は、令和6年4月1日から施行する。

様式第1号（第3条関係）

指定介護予防・日常生活支援総合事業事業所

指定申請書

年 月 日

総社市長 様

所在地
申請者 名称
代表者職名・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。

		法人番号													
申 請 者	フリガナ														
	名称														
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)		都 道		市 区		府 県		町 村					
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号								
		Email													
	法人等の種類														
	代表者の職名・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 -)		都 道		市 区		府 県		町 村						
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に <input checked="" type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>					
指 定 事 業 受 け の 種 類	同一所在地において行う事業等の種類	指定申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(登録)を受けている事業等(該当事業に○)		指定申請をする事業等の開始予定年月日	様 式									
	介護予防訪問介護相当サービス					付表第三号(一)									
	緩和した基準による訪問型サービス(定率)														
	緩和した基準による訪問型サービス(定額)					付表第三号(二)									
	介護予防通所介護相当サービス														
	緩和した基準による通所型サービス(定率)														
緩和した基準による通所型サービス(定額)															
既に指定(登録)を受けている事業所の種類(該当に○)	訪問介護														
	基準該当訪問介護														
	通所介護														
	基準該当通所介護														
	地域密着型通所介護														
介護保険事業所番号	(既に指定又は許可を受けている場合)														
指定を受けている他市町村名															
医療機関コード等	(保険医療機関として指定を受けている場合)														

備考 略

指定更新申請書

年 月 日

総社市長 様

所在地
申請者 名称
代表者職名・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。

		法人番号				
申請者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)		都道 府県	市区 町村	
	連絡先	電話番号	(内線)		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 -)		都道 府県	市区 町村		
事業所	事業等の種類			介護保険事業所番号		
	指定有効期間満了日					
	フリガナ 名称					
	所在地	(郵便番号 -)		都道 府県	市区 町村	
	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 氏名			生年月日		
	住所	(郵便番号 -)		都道 府県	市区 町村	

備考 略

変更届出書

年 月 日

総社市長 様

申請者 所在地
 名称
 代表者職名・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	
		法人番号	
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	
	事業所の名称	(変更前)	
	事業所の所在地		
	申請者の名称		
	主たる事務所の所在地		
	代表者の氏名，生年月日，住所及び職名		
	登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。）		
	事業所の建物の構造及び平面図並びに設備の概要	(変更後)	
	利用者の推定数，利用者の定員		
	事業所の管理者の氏名，生年月日及び住所		
	サービス提供責任者の氏名，生年月日，住所及び経歴		
	運営規程		
	その他		

備考 略

再開届出書

年 月 日

総社市長 様

申請者 所在地
名称
代表者職名・氏名

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号																			
	法人番号																			
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 略

廃止・休止届出書

年 月 日

総社市長 様

申請者 所在地
 名称
 代表者職名・氏名

次のとおり事業を廃止（休止）するので届け出ます。


	介護保険事業所番号										
	法人番号										
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 略

様式第8号(第8条関係)

総社市指令 第 号
年 月 日

様

総社市長 

取消・停止通知書

介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の45の9の規定により，介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業者について，次のとおり取消（停止）としたので通知します。

申請者名

代表者名

事業所名

所在地

介護保険事業所番号

サービスの種類

取消・停止年月日

取消・停止理由