

○秩父別町指定介護予防支援事業所の指定等に関する要綱

平成18年3月31日訓令第10号

秩父別町指定介護予防支援事業所の指定等に関する要綱

(趣旨)

第1条 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、指定介護予防支援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115条の22の規定による申請は、様式第1号による指定申請書により行うものとする。

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。

(変更の届出等)

第3条 法第115条の25の規定による届出は、それぞれ次に掲げるとおりとする。

- (1) 施行規則第140条の32第1項に掲げる事項の変更に係るものにあつては、様式第2号による変更届出書により行うものとする。
- (2) 施行規則第140条の32第3項に規定する事業の廃止、休止に係るものにあつては、様式第3号による廃止・休止届出書により行うものとする。
- (3) 施行規則第140条の32第2項に規定する事業の再開に係るものにあつては、様式第4号による再開届出書により行うものとする。

(指定の更新の申請)

第4条 法第115条の31において準用する法第70条の2の規定による申請は、様式第5号による更新申請書により行うものとする。

(都道府県等への情報提供)

第5条 秩父別町長は、前3条の規定による指定、指定の更新又は届出の受理又は更新（以下この条において「指定等」という。）をしたときは、北海道、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
- (3) 指定年月日及び指定更新年月日並びに指定有効期間満了日
- (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) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号

(公示)

第6条 法第115条の30の規定による公示は、法第115条の30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) 指定介護予防支援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、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の年月日
(実施細目)

第7条 この要綱に規定するもののほか、指定介護予防支援事業所の指定等に関し必要な事項は、秩父別町長が別に定める。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

(指定等を行うために必要な準備)

第2条 秩父別町長は、この要綱の施行日前においても、指定介護予防支援事業所の指定に関し必要な手続を行うことができる。

第1号様式 (第2条関係)

様式第1号

指定介護予防支援事業所 指定申請書

年 月 日

秩父別町長 様 (名称)
申請者 (代表者の職名・氏名) 印

介護保険法に規定する指定介護予防支援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 -)						
	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 -)							
当該申請に係る事業の開始の予定年月日						様式	付表	
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〉			

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、そのすべてを記載してください。

付表 指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	連絡先	電話番号	FAX 番号	
	Email			
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	生年月日			
	当該介護予防支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	地域包括支援センターの従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称		
	兼務する職種及び勤務時間等			
○人員に関する基準の確認に必要な事項				
従業者の職種・員数(人)		介護支援専門員		
		専従	兼務	
常勤(人)				
非常勤(人)				
事業開始時の利用者の推定数		人		
添付書類		別添のとおり		

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

(別添)

付表 指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1
3	管理者の主任介護支援専門員研修修了証又は介護支援専門員証の写し	
4	平面図	参考様式2
5	運営規程	
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式3
7	関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容	
8	誓約書	参考様式4
9	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式5

(参考様式3)

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	
申請するサービス種類	

措置の概要	
1	利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置
2	円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順
3	苦情があったサービス事業者に対する対応方針等(居宅介護支援事業者の場合記入)
4	その他参考事項

備考 上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。

(参考様式4)

誓約書

年 月 日

秩父別町長 様

申請者 (名称)

(代表者の職名・氏名)

印

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

別紙： 介護予防支援事業所向け

(別紙:介護予防支援事業所向け)
介護保険法第115の22条第2項

<p>一 申請者が市町村の条例で定める者でないとき。</p> <p>二 当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第百十五條の二十四第一項の市町村の条例で定める基準及び同項の市町村の条例で定める員数を満たしていないとき。</p> <p>三 申請者が、第百十五條の二十四第二項に規定する指定介護予防支援に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準又は指定介護予防支援の事業の運営に関する基準に従って適正な介護予防支援事業の運営をすることができないと認められるとき。</p> <p>三の二 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。</p> <p>四 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。</p> <p>四の二 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。</p> <p>四の三 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全てを引き続き滞納している者であるとき。</p> <p>五 申請者が、第百十五條の二十九の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消の処分に係る行政手続法第十五條の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員等であった者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととするものが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。</p> <p>五の二 申請者と密接な関係を有する者が、第百十五條の二十九の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととするものが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。</p> <p>六 申請者が、第百十五條の二十九の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五條の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第百十五條の二十五第二項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。</p> <p>六の二 申請者が、第百十五條の二十七第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第百十五條の二十九の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより市町村長が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第百十五條の二十五第二項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。</p> <p>六の三 第六号に規定する期間内に第百十五條の二十五第二項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人(当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所(当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。)の管理者であった者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。</p> <p>七 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。</p> <p>八 申請者が、法人で、その役員等のうちに第三号の二から第五号まで又は第六号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。</p> <p>九 申請者が、法人でない事業所で、その管理者が第三号の二から第五号まで又は第六号から第七号までのいずれかに該当する者であるとき。</p>

(参考様式5)

当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

フリガナ 氏名	介護支援専門員番号

様式第2号（第3条関係）

様式第2号

変更届出書

年 月 日

秩父別町長 殿

開設者 住所
 (所在地)
 氏名
 (名称及び代表者氏名)

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		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(開設者)の氏名、生年月日、住所及び役職								
	登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)	(変更後)							
	事業所(施設)の建物の構造、専用区画等								
	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所								
	運営規程								
	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。

様式第3号 (第3条関係)

様式第3号

廃止・休止届出書

年 月 日

秩父別町長 様

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。

様式第4号 (第3条関係)

様式第4号

再開届出書

年 月 日

秩父別町長 様

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 事業の再開に係る届出にあっては、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)を添付してください。

様式第5号（第4条関係）

様式第5号

指定介護予防支援事業所 指定更新申請書

年 月 日

秩父別町長 様

(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 -)		
	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 -)			
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 -)		
	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			
フリガナ 名称				
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 -)		
管理者	フリガナ 氏名		生年月日	
	住所	(郵便番号 -)		

- 別添 1 誓約書(参考様式4)
2 介護支援専門員一覧(参考様式5)