

掛川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の一部を改正する規則

掛川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21年7月30日掛川市規則第22号）の一部を次のように改正する。

第4条第2項第1号及び第2号を次のように改める。

- (1) 省令第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項並びに省令第140条の63の5第1項第1号、第2号、第4号、第5号、第7号及び第8号に掲げる事項の変更に係る届出 変更届出書（様式第2号）
- (2) 事業の再開に係る届出 再開届出書（様式第2号の2）

同条第4項を次のように改める。

- 4 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項並びに前項において準用する法第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3号）により行うものとする。

様式第1号及び様式第2号を次のように改める。

様式第1号(第3条関係)(その1)

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
 指定居宅介護支援事業所
 指定介護予防支援事業所

指定申請書

年 月 日

市(町・村)長 殿

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。

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			
	法人等の種類	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 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☑						☐	
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		共生型サービス申請時に☑	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
居宅介護支援事業					付表10		
介護予防支援事業					付表11		
介護予防地域密着型サービス	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	
介護保険事業所番号			(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)				

* 裏面に記載に關しての備考があります。

備考

- 「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。
- 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。
- 既に地域密着型サービス事業所または地域密着型介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業者が、他方の地域密着型サービス事業所または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」「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」「その他指定に關し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。
- 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所

指定申請書

年 月 日

殿

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。

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 氏 名		生年 月 日
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☑					☐	
指定事業を受けようとする種類	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1	
	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)					
	介護予防通所介護相当サービス				付表2	
	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

- 「指定申請対象事業等」「既に指定(登録)を受けている事業等」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。

様式第2号(第4条関係)(その2)

変更届出書

年 月 日

殿

所在地

申請者

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																					
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																						
	法人等の種類																						
	代表者の氏名、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 1 「(参考)変更届への標準添付書類一覧」を確認し、必要書類を添付してください。
 2 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
 3 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。
 なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の(変更前)と(変更後)欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

様式第2号の次に次の1様式を加える。

再開届出書

年 月 日

市(町・村)長 殿

所在地

申請者

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																			
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つては、従業員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3号から様式第5号までを次のように改める。

廃止・休止届出書

年 月 日

市(町・村)長 殿

所在地

申請者

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。

廃止(休止)する事業所	介護保険事業所番号																			
	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。

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
 指定居宅介護支援事業所
 指定介護予防支援事業所

指定更新申請書

年 月 日

市(町・村)長 殿 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。

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		
	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 1 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本 登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。
 2 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。
 3 「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」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

別添 1 誓約書(参考様式6)
 2 介護支援専門員一覧(参考様式7)

指定更新申請書

年 月 日

殿

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。

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		
	代表者の職名・氏名・生 年月日	Email			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 1 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本 登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。
- 2 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。
- 3 「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」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

別添 誓約書(参考様式5)

附 則

この規則は、令和5年4月1日から施行する。