

浜松市介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業者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。）第115条の45の3第1項に規定する指定事業者の指定等について必要な事項を定める。

(指定の申請等)

第2条 法115条の45の5第1項の申請があった場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、法第115条の45の3第1項の指定をしないものとする。

- 一 申請者が法人でないとき。ただし、当該申請者が浜松市基準該当事業者の登録等に関する規則（平成17年浜松市規則第150号）第2条第1項に規定する基準該当居宅サービス事業者及び同条第2項に規定する基準該当介護予防サービス事業者である場合を除く。
- 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、浜松市介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者による第1号事業の人員、設備及び運営並びに介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める要綱（以下「指定基準」という。）で定める基準及び員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が指定基準に定める基準に従って適正な第1号事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 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。
- 五 申請者が、法若しくは介護保険法施行令（平成10年政令第412号。以下「政令」という。）第35条の2各号に定める法律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。
- 六 申請者が、政令第35条の3各号に定める法律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。
- 七 申請者が、法第7条第9項に規定する社会保険各法又は労働保険の保険料の徴収等に関する法律（昭和44年法律第84号）の定めるところにより納付義務を負う保険料、負担金又は掛金（地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による国民健康保険税を含む。以下この号において「保険料等」という。）について、当該申請をした日の前日までに、これらの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3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（当該処分を受けた者が、当該処分に係る保険料等の納付義務を負うことを定める法律によって納付義務を負う保険料等に限る。）を引き続き滞納している者であるとき。
- 八 申請者が、法第115条の45の9の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して5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

においては、当該取消しの処分に係る行政手続法（平成5年法律第88号）第15条の規定による通知があった日前60日以内に当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同様以上の支配力を有するものと認められる者を含む。）又はその事業所を管理する者（以下「役員等」という。）であった者で当該取消しの日から起算して5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60日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。）であるとき。

九 申請者と密接な関係を有する者が、法第115条の45の9の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過していないとき。

十 申請者が、法第115条の45の9の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条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。）第140条の62の3第2項第4号本文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5年を経過しないものであるとき。

十一 申請者が、法第115条の45の7第1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法第115条の45の9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市長が当該申請者に当該検査が行われた日（以下この号において「検査日」という。）から10日以内に、検査日から起算して60日以内の特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に省令第140条の62の3第2項第4号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5年を経過しないものであるとき。

十二 第9号に規定する期間内に省令第140条の62の3第2項第4号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60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5年を経過しないものであるとき。

十三 申請者が、指定の申請前5年以内に居宅サービス等（法第23条に規程する居宅サービス等をいう。）又は第1号事業に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

十四 申請者が、法人で、その役員等のうちに第4号から第8号まで又は第10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。

十五 申請者が、法人でない事業所で、その管理者が第4号から第8号まで又は第10号から第13号までのいずれかに該当する者であるとき。

十六 市の介護保険の運営において適切と認められない事情があるとき。

2 省令第140条の63の5第1項の申請書の様式は、指定第1号事業所指定申請書（第1号様式）とする。

（指定の有効期間）

第3条 省令第140条の63の7に規定する市が定める期間は、6年とする。

（指定の更新申請等）

第4条 省令第140条の63の5第2項の申請書の様式は、指定第1号事業所指定更新申請書（第2号様式）とする。

2 第2条第1項の規定は、法第115条の45の6第1項の指定事業者の指定の更新について準用する。

（変更の届出等）

第5条 指定事業者は、省令第140条の63の5第1項第1号、第2号、第4号（当該指定に係る事業に関するものに限る。）、第5号、第7号、第8号、第12号及び第14号に掲げる事項に変更があったときは、10日以内に、変更届出書（第3号様式）に当該変更の状況が分かる書類を添えて市長に届け出なければならない。

2 省令第140条の62の3第2項第4号の規定による届出は、事業廃止・休止届出書（第4号様式）により行わなければならない。

3 指定事業者は、休止した第1号事業を再開したときは、10日以内に再開届出書（第5号様式）により市長に届け出なければならない。

（指定介護予防通所サービス事業所の設備の利用に係る届出書）

第6条 指定要綱第56条第4項の届出は、指定介護予防通所サービス事業所における宿泊サービスの実施に関する開始届出書（第6号様式）により行わなければならない。

2 指定事業者は、指定要綱第56条第4項により届け出た内容に変更があった場合は、指定介護予防通所サービス事業所における宿泊サービスの実施に関する変更届出書（第6号様式）により、変更の事由が生じてから10日以内に、その旨を市長に届け出なければならない。

3 指定事業者は、指定要綱第56条第4項の規定により届け出たサービスの提供を休止又は廃止する場合には、指定第1号通所事業所における宿泊サービスの実施に関する休止・廃止届出書（第6号様式）により、その休止又は廃止の日の1月前までに、その旨を市長に届け出なければならない。

（公示）

第7条 市長は、次に掲げる場合は、その旨を公告するものとする。

一 法第115条の45の3第1項本文の指定をしたとき。

二 省令第140条の62の3第2項第4号の規定による事業の廃止の届出があったと

き。

三 法 1 1 5 条の 4 5 の 9 の規定により法第 1 1 5 条の 4 5 の 3 第 1 項本文の指定を取り消し、又は指定の全部若しくは一部の効力を停止したとき。

(細則)

第 8 条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成 2 9 年 1 月 2 6 日から施行する。

（あて先）浜松市長

住所（所在地）

申請者

フカナ

氏名（名称及び代表者氏名）

㊟

（代表者氏名を自署する場合は、押印は不要です。）

指定第1号事業所指定申請書

介護保険法第115条の45の3第1項の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

記

申請者	フカナ					
	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		
	代表者	職名		フカナ 氏名		生年月日
住所		(郵便番号 -)				
指定を受けようとする事業所	所在地	(郵便番号 -)				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	事業開始予定年月日等		付表番号	
	介護予防訪問サービス				付表A-1	
	生活支援訪問サービス				付表A-2	
	介護予防通所サービス				付表A-3	
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						

備考

- *印の欄は、申請者が法人であるときに記入すること。
- 「実施事業」欄は、今回の申請に係る事業の種類に応じ、該当する欄に◎を記入すること。また、同一所在地において既に指定等を受けている事業について、該当する欄に○を記入すること。基準該当サービスの場合は「基準該当」と追記すること。
- 「事業開始予定年月日等」欄は、今回の申請に係る事業の種類に応じ、該当する欄に当該事業の開始予定年月日を記入すること。また、同一所在地において既に指定等を受けている事業については、該当する欄に当該事業が指定又は許可を受けた年月日を記入すること。
- 「介護保険事業所番号」欄は、既に指定又は許可を受けている場合に記入すること。
- 「医療機関コード等」欄は、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されている場合に記入すること。

（あて先）浜松市長

住所（所在地）
 申請者
 フガナ
 氏名（名称及び代表者氏名）㊟
 （代表者氏名を自署する場合は、押印は不要です。）

指定第1号事業所指定更新申請書

介護保険法第115条の45の6第1項の指定更新を受けたいので、次のとおり申請します。
 記

申請者	フガナ					
	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	
	代表者	職名		フガナ 氏名	生年月日	
住所		(郵便番号 -)				
指定更新を受けようとする事業所	所在地	(郵便番号 -)				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定年月日		付表番号	
	介護予防訪問サービス				付表A-1	
	生活支援訪問サービス				付表A-2	
	介護予防通所サービス				付表A-3	
更新事業の指定有効期間満了日						
介護保険事業所番号						
指定を受けている他市町村名						

備考

- *印の欄は、申請者が法人であるときに記入すること。
- 「実施事業」欄は、今回の申請に係る事業の種類に応じ、該当する欄に㊟を記入すること。また、同一所在地において指定等を受けている事業について、該当する欄に○を記入すること。基準該当サービスの場合は「基準該当」と追記すること。
- 「指定年月日」欄は、当該事業が現在受けている指定を受けた年月日を記入すること。
- 「更新事業の指定有効期間満了年月日」欄は、今回の申請に係る事業が現在受けている指定の有効期間満了年月日を記入すること。

（あて先）浜松市長

届出者 住所（所在地）

フリガナ

氏名（名称及び代表者氏名）

㊟

（代表者氏名を自署する場合は、押印は不要です。）

変更届出書

指定第1号事業所の指定に係る事項を変更したので、浜松市介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業者の指定等に関する要綱第5条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

記

		介護保険事業所番号										
指定に係る事項を 変更した事業所	名 称											
	所 在 地											
	電 話 番 号											
事業等の種類												
変更事項		変更内容										
1	事業所の名称及び所在地		(変更前)									
2	申請者の名称及び主たる事務所の所在地											
3	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名											
4	定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等											
5	事業所の平面図並びに設備及び備品の概要		(変更後)									
6	管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴											
7	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴											
8	運営規程											
9	第1号事業支給費の請求に関する事項											
10	役員の氏名、生年月日及び住所											
11	その他											
変 更 年 月 日												

備考 該当する変更事項の項目番号を○で囲むこと。

（あて先）浜松市長

届出者 住所（所在地）

フリガナ

氏名（名称及び代表者氏名）

㊟

（代表者氏名を自署する場合は、押印は不要です。）

事業廃止・休止届出書

指定第1号事業の廃止・休止をしようとするので、浜松市介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業者の指定等に関する要綱第5条第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

記

		介護保険事業所番号												
廃止・休止をしようとする事業所	名 称													
	所 在 地	(郵便番号 -)												
	電 話 番 号													
事業等の種類														
廃止・休止の別	廃 止 ・ 休 止													
廃止・休止予定年月日														
廃止・休止の理由														
現に指定事業者による第1号事業を受けている者に対する措置														
休止予定期間														

備 考

- 1 「廃止・休止の別」欄は、該当する種別を○で囲むこと。
- 2 「休止予定期間」欄は、事業を休止する場合に記入すること。

（あて先） 浜松市長

届出者 住所
〔所在地〕
氏名
〔名称及び
代表者名〕

印

〔代表者氏名を自署する場合は、押印は不要です。〕

指定介護予防通所サービス事業所における宿泊サービスの実施に関する開始・変更・休止・廃止届出書

指定介護予防通所サービス事業所における宿泊サービスの実施について、次のとおり届け出ます。

記

基本情報	事業所情報	フリガナ						事業所番号			
		名称						連絡先	— —		
		フリガナ							(緊急時)		
		代表者氏名							— —		
	所在地										
宿泊サービス	宿泊サービスの開始・廃止・休止予定年月日 (既に開始している場合はその年月日)		年 月 日								
	利用定員	人	提供日	月	火	水	木	金	土	日	
	提供時間	: ~ :	その他 年間の休日								
	1泊当たりの 利用料金	宿泊		夕食			朝食				
		円		円			円				
人員関係	人員	宿泊サービスの 提供時間帯を通じて配置する 職員数	人	時間帯での 増員	夕食介助	: ~ :	人				
		配置する職員の 保有資格等	看護職員・介護福祉士・左記以外の介護職員・その他有資格者()								
設備関係	宿泊室	個室	合計	床面積							
			()室	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	
		個室以外	合計	場所	利用定員	床面積	プライバシーの確保の方法				
			()室	()	(人)	(m ²)					
				()	(人)	(m ²)					
	()			(人)	(m ²)						
	()	(人)		(m ²)							
	消防設備	消火器	有・無		スプリンクラー設備			有・無			
		自動火災 報知設備	有・無		消防機関へ通報する 火災報知設備			有・無			

備考

- 1 事業開始前に届け出ること。なお、変更の場合は変更箇所のみ記載すること。
- 2 「時間帯での増員」欄は、時間帯での増員を行っていない場合は記載は不要。
- 3 「床面積」欄は、少数第二位まで（小数第三位を切り捨て）記載すること。
- 4 「場所」欄は、指定介護予防通所サービス事業所の設備としての用途を記載すること。（機能訓練室、静養室等）
- 5 「プライバシーの確保の方法」欄は、プライバシーを確保する方法を記載すること。（衝立、家具、パーティション）

指定介護予防訪問サービス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
		電子メールアドレス		
出張所等	フリガナ 名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文				
管 理 者	フリガナ 氏 名		住 所	
	生年月日			
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）			
	同一敷地内の他の事業所又は 施設の従業者との兼務 （兼務の場合のみ記入）	名 称		
		介護保険事業所番号		
	兼務する職種及び 勤務時間等			
サ ー ビ ス 提 供 者 任 者	フリガナ 氏 名		住 所	
	生年月日			
	フリガナ 氏 名		住 所	
	生年月日			
利用者数（推定数）		人		
従業者の職種・員数	訪問介護員等			
	専従	兼務		
	常勤（人）			
	非常勤（人）			
	常勤換算後の人数（人）			
	※ 基準上の必要人数（人）			
	※ 適合の可否			
主 な 掲 示 事 項	営業日			
	営業時間			
	利用料	法定代理受領分		
		法定代理受領分以外		
	その他の費用			
通常の事業の実施地域				

- 備 考
- ※印の欄には、記入しないこと。
 - 出張所等がある場合は、「従業者の職種及び員数」欄には当該出張所等に勤務する従業者も含めて記載すること。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

指定生活支援訪問サービス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	
	電子メールアドレス				
出張所等	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文					
管 理 者	フリガナ 氏 名			住 所	
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	同一敷地内の他の事業所又は 施設の従業者との兼務 （兼務の場合のみ記入）	名 称			
		介護保険事業所番号			
	兼務する職種及び 勤務時間等				
訪 問 サ ー ビ ス 責 任 者	フリガナ 氏 名			住 所	
	生年月日				
	フリガナ 氏 名			住 所	
	生年月日				
人					
従業者の職種・員数		訪問サービス従業者			
		専従	兼務		
		常勤（人）			
		非常勤（人）			
		常勤換算後の人数（人）			
		※ 基準上の必要人数（人）			
※ 適合の可否					
主 な 掲 示 事 項	営業日				
	営業時間				
	利用料	法定代理受領分			
		法定代理受領分以外			
	その他の費用				
通常の事業の実施地域					

- 備 考
- ※印の欄には、記入しないこと。
 - 出張所等がある場合は、「従業者の職種及び員数」欄には当該出張所等に勤務する従業者も含めて記載すること。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

指定介護予防通所サービス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					
	電子メールアドレス								
出張所等	フリガナ 名称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	連絡先	電話番号		FAX番号					
	電子メールアドレス								
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文									
管理者	フリガナ 氏名				住所				
	生年月日								
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）								
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入）				名称				
				介護保険事業所番号					
				兼務する職種及び勤務時間等					
従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）									
非常勤（人）									
※ 基準上の必要人数（人）									
※ 適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積						※基準上の必要数値		※適合の可否	
						㎡		㎡以上	
主な 掲 示 事 項	営業日	単位ごとの営業日							
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く。） ① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :							
	利用定員	人（単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人）							
	利用料	法定代理受領分							
		法定代理受領分以外							
	その他の費用								
通常の事業の実施地域									

- 備考
- ※印の欄には、記入しないこと。
 - 出張所等がある場合は、「従業者の職種及び員数」欄には当該出張所等に勤務する従業者も含めて記載すること。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。