

那珂市介護予防・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。）及び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。）に定めるもののほか、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し、必要な事項を定めるものとする。

(指定に係る申請者の要件)

第2条 法第115条の45の5第1項の規定による第1号事業の指定に係る申請を行うことができる者は、法人とする。

(指定の申請等)

第3条 法第115条の45の5第1項の規定による申請は、那珂市介護予防・日常生活支援総合事業事業者指定申請書（様式第1号）により行うものとする。

2 法第115条の45の5第1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。

(指定の拒否)

第4条 市長は、前条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、指定しないものとする。

(1) 当該指定申請者又はその代表者及びその他の役員が、那珂市暴力団排除条例（平成23年那珂市条例第31号）第2条第1号に規定する暴力団又は同条第3号に規定する暴力団員等と密接な関係を有すると認められる場合

(2) 那珂市介護保険事業計画に規定する地域支援事業に係る計画量を超過する場合その他市における地域支援事業の円滑かつ適切な実施に際し支障が生じると認められる場合

(指定の有効期間)

第5条 指定は、6年ごとに法第115条の45の6第1項の規定による更新を受けなければ、その期間の経過によって、その効力を失う。

(変更の届出等)

第6条 指定事業者は、当該指定の申請事項の変更に係るものにあつては那珂市介護予防・日常生活支援総合事業変更届出書（様式第2号）により、事業の廃止、休止、又は再開に係るものにあつては那珂市介護予防・日常生活支援総合事業廃止・休止・再開届出書（様式第3号）により、それぞれ行うものとする。

2 前項に規定する指定の申請事項の変更及び休止した事業の再開の届出は、当該変更があった日又は事業を再開した日から10日以内に行うものとする。

3 第1項に規定する事業の廃止及び休止の届出は、廃止又は休止の日の1月前までに行うものとする。

(指定の辞退)

第7条 指定に係る事業者は、指定を辞退しようとするときは、辞退しようとする1月前までに那珂市介護予防・日常生活支援総合事業指定辞退届出書（様式第4

号)により行うものとする。

(指定の更新)

第8条 法第115条の45の6の規定による申請は、那珂市介護予防・日常生活支援総合事業事業者指定更新申請書(様式第5号)により行うものとする。

(指定の取消し等)

第9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指定の全部若しくは一部の効力の停止は、那珂市介護予防・日常生活支援総合事業指定取消通知書(様式第6号)又は那珂市介護予防・日常生活支援総合事業指定効力停止通知書(様式第7号)により行うものとする。

(情報の提供)

第10条 市長は、第2条から前条までに規定する申請に係る指定又は届出の受理をしたときは、茨城県、茨城県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

(補則)

第11条 この要綱に定めるもののほか、指定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

(施行期日)

1 この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

(準備行為)

2 市長は、この要綱の施行の前においても、介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関し必要な手続きを行うことができるものとする。

那珂市介護予防・日常生活支援総合事業事業者指定申請書

年 月 日

那珂市長 様

所在地
申請者 名称
代表者の職・氏名

㊟

介護保険法に規定する事業者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。

申請者	フリガナ						
	名称						
	主である事務所の所在地	(〒 —)					
	連絡先	電話番号			F A X		
	法人の種類別			法人所轄庁			
	代表者の職・氏名・生年月日	職名		フリガナ			生年月日
				氏名			
	代表者の住所	(〒 —)					
指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ						
	名称						
	事務所等の所在地	(〒 —)					
	事務所連絡先	電話番号			F A X		
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定許可申請をする事業等(事業開始予定年月日)		既に指定等を受けている事業等(指定年月日)	様式	
	訪問介護						
	訪問型サービスA1						
訪問型サービスA2							
通所介護							
通所型サービスA							
指定を受けている他市町村名							
介護保険事業者番号						(当該事業所が既に指定を受けている場合)	
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)	

様式第2号（第6条関係）

那珂市介護予防・日常生活支援総合事業 変更届出書

年 月 日

那珂市長 様

所在地
事業者 名称
代表者の職・氏名

印

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(施設)	フリガナ												
	名称												
	所在地	(〒 —)											
事業の種類													
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	申請者(開設者)の主である事務所の所在地												
5	代表者(開設者)の氏名、住所及び職名												
6	定款、寄附行為、登記事項、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、平面図、及び設備の概要	(変更後)											
8	事業所(施設)の管理者及びサービス提供責任者の氏名及び住所												
9	運営規程												
10	役員の氏名、住所及び職名												
11	第1号事業支給費の請求に関する事項												
12	その他の事項												
変更年月日		年 月 日											

- 備考 1 該当する項目番号に○を付けてください。
2 変更内容の分かる書類を添付してください。

様式第3号（第6条関係）

那珂市介護予防・日常生活支援総合事業 廃止・休止・再開 届出書

年 月 日

那珂市長 様

所在地

事業者 名称

代表者の職・氏名

印

次のとおり事業の廃止・休止・再開をしましたので届け出ます。

	介護保険事業者番号										
廃止・休止・再開する事業所	フリガナ 事業所の名称										
	サービス種別										
	事業所の所在地	(千 一)									
廃止・休止・再開の別		廃止 ・ 休止 ・ 再開									
廃止・休止・再開した年月日		年 月 日									
廃止・休止した理由											
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置(廃止・休止した場合のみ)											
休止予定期間		年 月 日から 年 月 日まで									
担当者 職・氏名		連絡先	電話番号 FAX								

- 備考
- 1 該当項目に○を付けてください。
 - 2 指定した申請事項の変更及び休止した事業の再開は、変更した日又は再開した日から10日以内に、事業の廃止及び休止の届出は、廃止又は休止した日の1月前までに届け出てください。
 - 3 事業の再開を届け出る場合は、当該事業に係る従業員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。また、休止前の状況に変更が生じているときは、変更届出も併せて行ってください。

様式第4号（第7条関係）

那珂市介護予防・日常生活支援総合事業 指定辞退届出書

年 月 日

那珂市長 様

所在地

事業者 名称

代表者の職・氏名

印

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

指定を辞退する事業所	フリガナ 事業所の名称	
	事業所の所在地	(〒 —)
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		
現に事業所を利用している者に対する措置		

注意 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

那珂市介護予防・日常生活支援総合事業 事業者指定更新申請書

年 月 日

那珂市長 様

所在地
 申請者 名称
 代表者の職・氏名 ㊟

介護保険法に規定する事業者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。

申請者	フリガナ						
	名称						
	主である事務所の所在地	(〒 —)					
	連絡先	電話番号			F A X		
	法人の種類			法人所轄庁			
	代表者の職・氏名生年月日	職名		フリガナ			生年月日
				氏名			
	代表者の住所	(〒 —)					
指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ						
	名称						
	事務所等の所在地	(〒 —)					
	事務所連絡先	電話番号			F A X		
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定許可申請をする事業等(事業開始予定年月日)	既に指定等を受けている事業等(指定年月日)	様式		
	訪問介護						
	訪問型サービス A 1						
	訪問型サービス A 2						
	通所介護						
通所型サービス A							
現に受けている指定の有効期間満了日	年 月 日						
指定を受けている他市町村名							
介護保険事業者番号					(当該事業所が既に指定を受けている場合)		
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 添付書類については、指定申請時の様式を参照してください。

様

那珂市長



那珂市介護予防・日常生活支援総合事業 指定取消通知書

介護保険法の規定に基づき、下記のとおり事業所の指定を取り消すので通知します。

記

事業者	名称	
	所在地	
	代表者氏名	
事業所	名称	
	所在地	
介護保険事業所番号		
サービスの種類		
指定取消年月日	年 月 日	
取消理由		

(教示)

この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、那珂市長に対して審査請求をすることができます。ただし、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過したときは、正当な理由がある場合を除き、審査請求をすることができなくなります。

この決定の取消しの訴えは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、那珂市を被告として（訴訟において那珂市を代表するものは、那珂市長となります。）提起することができます。ただし、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過したときは、正当な理由がある場合を除き、決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

様

那珂市長



介護予防・日常生活支援総合事業 指定効力停止通知書

介護保険法の規定に基づき、下記のとおり事業所の指定の効力を停止するので通知します。

記

事業者	名称	
	所在地	
	代表者氏名	
事業所	名称	
	所在地	
介護保険事業所番号		
サービスの種類		
指定の効力を停止する内容		
指定の効力を停止する期間	年 月 日から 年 月 日まで	
指定の効力を停止する理由		

(教示)

この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、那珂市長に対して審査請求をすることができます。ただし、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過したときは、正当な理由がある場合を除き、審査請求をすることができなくなります。

この決定の取消しの訴えは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、那珂市を被告として（訴訟において那珂市を代表するものは、那珂市長となります。）提起することができます。ただし、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過したときは、正当な理由がある場合を除き、決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。