

○行方市指定居宅介護支援事業者の指定等に関する規則

平成30年3月30日

規則第16号

(趣旨)

第1条 この規則は、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、指定居宅介護支援事業者の指定等に関し必要な事項を定めるものとする。

(指定の申請等)

第2条 法第79条第1項の規定による申請は、指定居宅介護支援事業者指定申請書(様式第1号)により行うものとする。

2 前項の申請書には、次の各号に掲げる書類を添付しなければならない。

(1) 指定居宅介護支援事業者の指定に係る記載事項(付表1)

(2) 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

(3) 施行規則第132条第1項第4号から第17号までに掲げる事項を記載した書類

3 市長は、第1項に規定する申請があった場合において、指定居宅介護支援事業者指定通知書(様式第2号)により、指定をしなかったときは指定居宅介護支援事業者指定申請却下通知書(様式第3号)により申請者に通知するものとする。

(標示)

第3条 法第79条第1項の指定を受けた者は、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4条 法第82条の規定による届出(第6条において「届出」という。)は、施行規則第133条第1項に掲げる事項の変更に係るものにあつては指定居宅介護支援事業者変更届出書(様式第4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指定居宅介護支援事業者(廃止・休止・再開)届出書(様式第5号)により行うものとする。

(指定の更新申請)

第5条 法第79条の2第1項の規定による指定の更新(次条において「更新」という。)の申請は、指定居宅介護支援事業者指定更新申請書(様式第6号)により行うものとする。

(茨城県等への情報の提供)

第6条 市長は、指定、更新又は届出の受理(以下この条において「指定等」という。)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) 当該指定等に係る事業所の名称及び所在地
  - (2) 指定又は更新をした場合にあつては、当該指定又は更新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) 指定又は更新をした場合にあつては、当該指定又は更新の年月日及び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) 役員の氏名、生年月日及び住所
  - (9) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号
- (補則)

第7条 この規則に定めるもののほか、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

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

様式第1号(第2条関係)

受付番号	
------	--

指定居宅介護支援事業者指定申請書

年 月 日

行方市長 様

所在地  
申請者  
名称



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、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

		事業所所在地市町村番号		
申請者	フリガナ 名称			
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 ー )		
		(ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	法人の種類別	法人所轄庁		
	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 ー )		
(ビルの名称等)				
事業所等の所在地	(郵便番号 ー )			
	(ビルの名称等)			
当該申請に係る事業の開始の予定年月日				
介護保険事業所番号				

- 備考1 「受付番号」及び「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。  
2 「法人の種類別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「株式会社」等の別を記入してください。  
3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

様式第2号(第2条関係)

第 号  
年 月 日

様

行方市長



指定居宅介護支援事業者指定通知書

年 月 日付けで申請のありました事業者の指定については、介護保険法(平成9年法律第123号)第79条第1項の規定により、次のとおり指定したので通知します。

- 1 事業所名
- 2 事業所の所在地
- 3 介護保険事業所番号
- 4 サービスの種類
- 5 指定年月日又は指定更新日
- 6 指定有効期限

様式第3号(第2条関係)

第 号  
年 月 日

様

行方市長



指定居宅介護支援事業者指定申請却下通知書

年 月 日付けで申請のありました事業者の指定については、介護保険法(平成9年法律第123号)第79条第2項の規定により、指定しないので申請を却下します。

却下理由

備考

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、行方市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、行方市を被告として(訴訟において行方市を代表する者は行方市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第4号(第4条関係)

指定居宅介護支援事業者変更届出書

年 月 日

行方市長 様

住所  
申請者(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。

指定内容を変更した事業所		介護保険事業者番号							
変更があった事項		変更の内容							
1	事業者の名称	(変更前)							
2	事業者の所在地								
3	主たる事務所の所在地								
4	代表者の氏名, 生年月日及び住所								
5	定款・寄附行為及びその登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)								
6	事業者の平面図	(変更後)							
7	事業者の管理者の氏名, 生年月日及び住所及び経歴								
8	運営規程								
9	当該申請に係る事業に係る居宅介護サービス計画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	介護支援専門員の氏名及びその登録番号								
変更年月日		年 月 日							

- 備考1 該当項目番号に○を付してください。  
2 変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第5号(第4条関係)

指定居宅介護支援事業者(廃止・休止・再開)届出書

年 月 日

行方市長 様

届出者 所在地  
法人名  
職・氏名



次のとおり事業の(廃止・休止・再開)を届け出ます。

介護保険事業所番号									
対象事業所又は施設	名称								
	所在地	(〒 — )							
	連絡先	電話番号							
FAX番号									
事業の種類									
廃止・休止・再開の別	廃止・休止・再開								
廃止・休止・再開年月日	年 月 日								
廃止・休止・再開の理由									
現にサービスを受けている者に対する措置(廃止・休止する場合のみ記入してください。)									
休止予定期間(休止する場合のみ記入してください。)	年 月 日から 年 月 日まで								

- (注意) 1 事業の廃止又は休止に係る届出にあつては、廃止又は休止の日の1月前までに届け出てください。  
2 事業の再開に係る届出にあつては、再開の日から10日以内に届け出てください。

(A4)

様式第6号(第5条関係)

受付番号

指定居宅介護支援事業者指定更新申請書

年 月 日

行方市長 様

所在地  
申請者  
名 称



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、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

事業所所在地市町村番号

申 請 者	フリガナ名	.....		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー )		
		(ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	法人の種類		法人所轄庁	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ氏名	生年月日
			氏名	
代表者の住所	(郵便番号 ー )			
	(ビルの名称等)			
指定の更新を受けようとする事業所の概要	フリガナ名	.....		
	事業所の所在地	(郵便番号 ー )		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	事業所の種類			
	現に受けている指定の有効期間満了日			
	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	.....		
	所在地	(郵便番号 ー )		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	役員の氏名, 生年月日及び住所	別添のとおり		
誓約書	別添のとおり			
介護支援専門員の氏名及びその登録番号	別添のとおり			

備考1 「受付番号」及び「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

2 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。



付表1 指定居宅介護支援事業者の指定に係る記載事項

(表面)

受付番号

事業所	フリガナ																
	名 称																
	所 在 地	(郵便番号 — )															
		(ビルの名称等)															
連 絡 先	電話番号						FAX番号										
当該事業の実施について定めてある定款、寄付行為等の条文												第	条	第	項	第	号
管理者	フリガナ						住所	(郵便番号 — )									
	氏 名																
	生年月日																
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記載)																
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合のみ記載)			事業所等の名称							兼務する職種及び勤務時間等						
事業開始時の利用者の予定数							人										
従業者	区 分	介護支援専門員		/													
		専従	兼務														
	常勤(人)																
	非常勤(人)																
主な 掲 示 事 項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日							
	営業時間	平日	～			土曜	～		日曜・祝日	～							
		備考															
	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																	
通常の事業実施地域	1	2	3	4	5												
	備考																
添付書類		別添のとおり															

- 備考 1 「受付番号」欄には、記載しないでください。
- 2 「営業日」欄には、該当する欄に○印を付けてください。
- 3 「利用料」欄及び「その他の費用」欄は、別に資料を添付することにより、記載を省略することができます。
- 4 記載する欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別葉としてください。

(裏面)

添付書類

- 1 申請者の定款，寄付行為等及びその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に関する書類
- 3 事業所の管理者の経歴書
- 4 事業所の平面図
- 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に関する書類
- 7 当該申請に係る事業に係る資産の状況に関する書類
- 8 関係市町村並びに他の保健医療サービス及び福祉サービスの提供主体との連携の内容に関する書類
- 9 誓約書
- 10 役員の氏名，生年月日及び住所を記載した名簿
- 11 介護支援専門員の氏名及びその登録番号を記載した書類

様式第1号(第2条関係)

様式第2号(第2条関係)

様式第3号(第2条関係)

様式第4号(第4条関係)

様式第5号(第4条関係)

様式第6号(第5条関係)

付表1