

山口市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号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第1項第1号に規定する介護予防・日常生活支援総合事業における第1号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)

第2条 法第115条の45の5の規定による申請は、山口市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定申請書(様式第1号)により行うものとする。

(指定事業者の指定)

第3条 市長は、前条に規定する申請があった場合は、法第115条の45の5第2項の規定に基づき指定の適否を審査し、指定をすることを決定したときは当該申請をした者に事業者指定通知書(様式第2号)により通知するものとする。

2 法第115条の45の5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表示するものとする。

3 第1項の規定による指定の有効期間は、6年とする。

(指定の更新)

第4条 前条の指定を受けた者は、法第115条の45の6の規定による指定の更新を受けなければ、その効力を失う。

(指定の拒否)

第5条 第3条第1項に規定する指定事業者の指定については、当該事業者を指定することにより、山口市介護保険事業計画に定める地域支援事業に係る計画量を超過する場合その他の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においては、これを行わないことができる。

(変更の届出等)

第6条 指定の申請事項の変更の届出にあつては変更届出書(様式第3号)により、事業の廃止、休止又は再開の届出にあつては、廃止・休止・再開届出書(様式第4号)により、それぞれ行うものとする。

(指定事業所の取り消し)

第7条 市長は、法第115条の45の9の規定により指定を取り消したときは、指定第1号事業者取り消し通知書(様式第5号)により、期間を定めてその指定事業者の

指定の全部又は一部の効力を停止したときは、指定第1号事業者効力停止通知書（様式第6号）により、当該指定事業者に通知するものとする。

（事業者情報の提供）

第8条 市長は、第2条から前条までの規定による指定又は届出の受理（以下この条において「指定等」という。）をしたときは、都道府県、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） 指定の有効期間
- （5） 事業開始年月日
- （6） 運営規程
- （7） 事業所番号
- （8） その他市長が適当と認める事項

（みなし指定）

第9条 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）附則第13条により指定を受けたものとみなされた者は、この要綱による指定を受けたものとみなす。

（委任）

第10条 この要綱に定めるもののほか、介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号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

この要綱は、平成28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	
------	--

山県市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定申請書

年 月 日

山県市長 様

所在地  
申請者  
名 称  
代表者氏名  
(個人の場合は住所及び氏名)  
印

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。

事業所所在市町村番号	
------------	--

管 理 者	フリガナ 名 称		-----			
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 - )			
			----- (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種別			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 - )			
事 業 内 容	事業所等の所在地		(郵便番号 - )			
			(ビルの名称等)			
	連絡先		電話番号		F A X 番号	
	同一所在地において行う事業の種類			実施 事業	指定申請をする 事業の事業開始 予定年月日	既に指定を受 けている事業 の指定年月日
	事業	訪問型サービス（現行相当）				付表1
通所型サービス（現行相当）				付表2		
通所型サービスA				付表2		
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						

備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄、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。
- 4 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
- 6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- 7 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1 第1号訪問介護事業所（訪問介護相当サービス）の指定に係る記載事項

		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・寄附行為等の条文			第	条第	項第	
号			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（兼務の場合のみ記入）					
予定利用者数		人				
従業者の職種・員数（人）		訪問介護員等		その他		
		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						
主な 掲 示 事 項	営業日					
	営業時間					
	利用料	法定代理受領分				
		法廷代理受領分以外				
	その他の費用					
	通常の事業実施地域					
添付書類	別添のとおり					

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 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。
- 3 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。



付表2 第1号通所介護事業所（通所介護相当サービス・通所型サービスA）の指定に係る記載事項

		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・寄附行為等の条文				第 条第 項第 号		
併設事業所の種別・名称				事業所番号		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )	
	氏名					
	生年月日					
者	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	名称		事業者番号		
		兼務する職種及び勤務時間				
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	
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 (平面図添付)			基準上の必要数値		適合の可否	
			m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup> 以上	
主な掲示事項	営業日・営業時間	サービス提供時間 ( : ~ : )				
	利用定員	人				
	利用料	法定代理受領分				
		法廷代理受領分以外				
	食事の提供に要する費用					
通常の事業実施地域						
添付書類	別添のとおり					



- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 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。
  - 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
  - 4 従業員の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業員の員数との合計数を記載してください。
  - 5 当該指定サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出して下さい。



様式第2号（第3条関係）

年 月 日

指定事業者 代表者 様

山 県 市 長 印

事業者指定通知書

標記の件について、介護保険法第115条の45の5の規定により指定第1号事業者として指定しましたので、通知します。

申請者名称	
代表者名称	
事業所名	
所在地	
介護保険事業者番号	
指定年月日	年 月 日
サービス種類	
指定の有効期間満了日	年 月 日
特記事項	

（不服の申立て）

この決定に不服があるときは、この通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に市長に対して、審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日から6か月以内（通知を受けた日の翌日から起算します。）に、市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）、提起しなければなりません（なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると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。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に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の送付を受けた日から6か月以内（送付を受けた日の翌日から起算します。）に提起しなければならないこととされています。

変更届出書

年 月 日

山県市長 様

所在地  
事業者名称  
代表者氏名

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）		名称	
		所在地	
サービスの種類			
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	申請者の名称		
4	主たる事務所の所在地		
5	代表者の氏名、住所及び職名		
6	定款・寄附行為等及びその登録事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限り。）		
7	事業所・施設の平面図	（変更後）	
8	事業所・施設の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴		
9	運営規程		
10	サービス費の請求に関する事項		
11	役員の氏名、生年月日及び住所		
12	その他		
変更年月日		年 月 日	

備考 1 該当項目番号に○で囲んでください。

2 変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第4号（第6条関係）

廃止・休止・再開 届出書

年 月 日

山県市長様

所在地  
事業所名称  
代表者氏名

印

次のとおり事業の（廃止・休止・再開）をします。

	介護保険事業者番号
廃止・休止・再開 する 事業所	名称 ----- 所在地
サービスの種類	
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～ 年 月 日

備考 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

様式第5号（第7条関係）

年 月 日

指定事業者 代表者 様

山 県 市 長 印

指定第1号事業者取り消し通知書

標記の件について、介護保険法第115条の45の9の規定により指定第1号事業者の指定を取り消しましたので、通知します。

事業所名	
事業種別	
所在地	
介護保険事業者番号	
指定取り消し年月日	年 月 日
指定取り消し理由	

（不服の申立て）

この決定に不服があるときは、この通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に市長に対して、審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日から6か月以内（通知を受けた日の翌日から起算します。）に、市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）、提起しなければなりません（なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると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。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に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の送付を受けた日から6か月以内（送付を受けた日の翌日から起算します。）に提起しなければならないこととされています。

様式第6号（第7条関係）

年 月 日

指定事業者 代表者 様

山 県 市 長 印

指定第1号事業者効力停止通知書

標記の件について、介護保険法第115条の45の9の規定により指定第1号事業者の効力を停止しましたので、通知します。

記

事業所名	
事業種別	
所在地	
介護保険事業者番号	
指定効力停止年月日	年 月 日
指定効力停止の範囲	
指定効力停止の期間	
指定効力停止の理由	

（不服の申立て）

この決定に不服があるときは、この通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に市長に対して、審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日から6か月以内（通知を受けた日の翌日から起算します。）に、市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）、提起しなければなりません（なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると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。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に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の送付を受けた日から6か月以内（送付を受けた日の翌日から起算します。）に提起しなければならないこととされています。