

○湖南省介護予防・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する規則

平成28年12月26日

規則第45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「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おける指定第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。

(定義)

第2条 この規則において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 第1号事業者 法第115条の45第1項第1号に規定する第1号事業を行う者をいう。
- (2) 指定第1号事業者 第1号事業者のうち法第115条の45の5の規定により市長が指定する者をいう。

(指定の期間)

第3条 省令第140条の63の7の規定により市が定める期間は、6年とする。

(指定の申請及び更新)

第4条 法第115条の45の5第1項の規定により指定を受けようとする者は、湖南省介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定申請書（様式第1号）に必要書類を添えて、市長に提出しなければならない。

2 指定第1号事業者は、法第115条の45の6第4項において準用する法第115条の45の5第1項の規定により指定の更新を受けようとするときは、湖南省介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定更新申請書（様式第2号）に必要書類を添えて、当該指定の有効期間の満了の日の1月前までに市長に提出しなければならない。

(指定の通知等)

第5条 市長は、前条に規定する申請があったときは、指定の適否を審査し、指定第1号事業者の指定を行うときは、湖南省介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定通知書（様式第3号）により、指定第1号事業者の指定を行わないときは、湖南省介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者不指定通知書（様式第4号）により、当該申請をした者に通知するものとする。

2 前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掲示するものとする。

(変更の届出等)

第6条 指定第1号事業者は、指定を受けた内容に変更が生じたときは、湖南省介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定内容変更届出書(様式第5号)に必要な書類を添えて、その指定を受けた内容に変更が生じた日から10日以内に市長に提出しなければならない。

2 指定第1号事業者は、指定を受けた事業を廃止し、又は休止をしようとするときは、湖南省介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者廃止(休止)届出書(様式第6号)により、その廃止又は休止をしようとする日から1月前までに市長に提出しなければならない。

3 指定第1号事業者は、指定を受けた事業を再開しようとするときは、湖南省介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者再開届出書(様式第7号)に必要な書類を添えて、その再開をしようとする日の10日前までに市長に提出しなければならない。

4 指定第1号事業者は、第2項の規定による事業の廃止又は休止の届出をしたときは、当該届出の日の前1月以内に当該サービスを受けていた者であって、当該事業の廃止又は休止の日以後においても引き続き当該サービスに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要なサービス等が継続的に提供されるよう、第1号介護予防支援事業を行う事業者その他関係者との連絡調整その他の便宜の提供を行わなければならない。

(指定の辞退)

第7条 指定第1号事業者は、指定を受けた事業について辞退をしようとするときは、湖南省介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定辞退届出書(様式第8号)により、その辞退をしようとする日の1月前までに市長に提出しなければならない。

(指定の取消し等)

第8条 市長は、法第115条の45の9第1項の規定により指定を取り消したとき、又は当該指定の全部若しくは一部の効力を停止したときは、湖南省介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定取消(停止)通知書(様式第9号)により、当該指定第1号事業者に通知するものとする。

(事業者情報の公表及び提供)

第9条 市長は、指定第1号事業者について、前5条の規定による指定及び指定の更新、届出の受理、指定の取消し又は効力の停止(以下この条において「指定等」という。)をし

たときは、当該指定等に係る事業者に関する情報のうち次に掲げる事項を公表するとともに、滋賀県、国民健康保険団体連合会その他の機関に対し、提供することができる。

- (1) 介護保険事業所番号
- (2) 事業所の名称及び所在地
- (3) 事業所の指定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
- (4) 指定年月日及び指定更新年月日並びに指定有効期間満了日
- (5) 事業開始年月日（事業廃止年月日、事業休止年月日、事業再開年月日、指定取消年月日又は指定停止期間）
- (6) サービスの種類
- (7) 運営規程
- (8) 前各号に掲げるもののほか、その他市長が必要と認める情報
（その他）

第10条 この規則に規定するもののほか、介護予防・日常生活支援総合事業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 この規則は、平成29年4月1日から施行する。
（事前準備）
- 2 市長は、この規則の施行日前においても、指定第1号事業者の指定等に関し必要な手続を行うことができる。

様式第1号（第4条関係）

受付番号

湖南省介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者 指定申請書

年 月 日

湖南省長 宛

所在地
申請者 事業者名(法人名)
代表者氏名



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。

事業所所在市町村番号

申請者	フリガナ						
	名称						
	主たる事務所の所在地		(〒 ー) 県 郡市 (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	
指定を受けようとする事業所の種類	代表者の住所		(〒 ー) 県 郡市				
	事業所等の所在地		(〒 ー) 県 郡市 (ビルの名称等)				
	連絡先		電話番号			FAX番号	
	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	様式	
	訪問事業 第一号	訪問介護相当事業（旧介護予防相当）				付表1	
		訪問型サービスA				付表2	
	通所事業 第一号	通所介護相当事業（旧介護予防相当）				付表3	
		通所型サービスA（単独型）				付表4	
		通所型サービスA（一体型）				付表4	
	通所型サービスA（リハビリ中心型）				付表4		
介護保険事業所番号		(既に指定を受けている場合)					
指定を受けている他市町村名							
医療機関コード等							

- 備考 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 申請者欄は、法人にあつては、主たる事業所の所在地、名称及び代表者の氏名を記載してください。
 - 3 「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」等の別を記載してください。
 - 4 「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。
 - 5 「実施事業」欄は、今回申請するものについて、該当する欄に「○」を記載してください。
 - 6 「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。
 - 7 「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。
 - 8 「介護保険事業所番号」は、既に指定を受けている場合に、そのコードを記載してください。
 - 9 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、その全てを記載してください。

付表 1

受付番号	
------	--

指定事業者（訪問介護相当事業）の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称											
	所 在 地	〒 -										
	連 絡 先	電話番号						FAX 番号				
管理者	フリガナ						住 所	〒 -				
	氏 名											
	生年月日											
	訪問介護員等との兼務の有無						有 ・ 無					
	兼務する同一敷地内の 他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記入)	事業所等名称										
	兼務する職種 及び兼務時間等											
サービス 提供責任者	フリガナ						住 所	〒 -				
	氏 名											
	フリガナ						住 所	〒 -				
	氏 名											
従業者	職種・員数	訪問介護員等(サービス提供責任者を含む。)					常勤換算後 の人数(人)					
		専 従	兼 務			合 計						
	常 勤 (人)											
	非 常 勤 (人)											
	合 計											
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										
		日曜日										
		祝 日										
	利 用 料	法定代理受領分(1割又は2割負担分)										
		法定代理受領分以外										
	その他費用											
実施地域												

備考 1 「受付番号」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。

指定事業者（訪問型サービスA）の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称												
	所 在 地	〒 -											
	連 絡 先	電話番号						FAX 番号					
管理者	フリガナ						住 所	〒 -					
	氏 名												
	生年月日												
	従事者との兼務の有無						有 ・ 無						
	兼務する同一敷地内の 他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記入)			事業所等名称									
			兼務する職種 及び兼務時間等										
訪問 事業 責任者	フリガナ						住 所	〒 -					
	氏 名												
	フリガナ						住 所	〒 -					
	氏 名												
従業者	職種・員数		従事者（訪問事業責任者を含む。）										
			専 従			兼 務			合 計				
	常 勤 (人)												
	非 常 勤 (人)												
合 計													
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											
		日曜日											
		祝 日											
	利 用 料	法定代理受領分（1割又は2割負担分）											
		法定代理受領分以外											
そ 他 費 用													
実 施 地 域													

備考1 「受付番号」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。

付表3

受付番号

指定事業者（通所介護相当事業）の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	〒 -										
	連絡先	電話番号						FAX番号				
管理者	フリガナ						住所	〒 -				
	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)											
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合のみ記入)				事業所等名称				兼務する職種及び兼務時間等			
実施単位数	単位	事業所で同時に通所事業を行う利用者の上限							人			
1 単 位 目	(食堂と機能訓練室が同一の場合)						(食堂と機能訓練室が別の場合)					
	食堂兼機能訓練室の面積						㎡		機能訓練室の面積		㎡	
	従業者	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)										
	合計											
	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			
			日曜日						祝日			
		サービス提供時間	平日						土曜日			
			日曜日						祝日			
		利用定員	人									
利用料		法定代理受領分(1割又は2割負担分)										
	法定代理受領分以外											
その他費用												
実施地域												

備考1 「受付番号」欄には、記入しないでください。

備考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。

付表3 (続紙)

受付番号

指定事業者(通所介護相当事業)の指定に係る記載事項

事業所名称													
2 単 位 目	従業者	(食堂と機能訓練室が同一の場合)						(食堂と機能訓練室が別の場合)					
		食堂兼機能訓練室の面積						機能訓練室の面積					
		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	専従	兼務
	常勤(人)												
	非常勤(人)												
	合計												
	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		
			日曜日								祝日		
		サービス提供時間	平日								土曜日		
			日曜日								祝日		
		利用定員	人										
		利用料	法定代理受領分(1割又は2割負担分)										
法定代理受領分以外													
その他費用													
実施地域													
3 単 位 目	従業者	(食堂と機能訓練室が同一の場合)						(食堂と機能訓練室が別の場合)					
		食堂兼機能訓練室の面積						機能訓練室の面積					
		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	専従	兼務
	常勤(人)												
	非常勤(人)												
	合計												
	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		
			日曜日								祝日		
		サービス提供時間	平日								土曜日		
			日曜日								祝日		
		利用定員	人										
		利用料	法定代理受領分(1割又は2割負担分)										
法定代理受領分以外													
その他費用													
実施地域													

付表4

受付番号

指定事業者（通所型サービスA）の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	〒 -										
	連絡先	電話番号						FAX番号				
管理者	フリガナ						住所	〒 -				
	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)											
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合のみ記入)			事業所等名称			兼務する職種及び兼務時間等					
事業所で同時に通所事業を行う利用者の上限							人					
従業者	職種・員数	従事者					機能訓練指導員 (リハビリ中心型のみ)					
		専従		兼務			専従		兼務			
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
合計												
主な 揭示 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				
		日曜日						祝日				
	サービス提供時間	平日						土曜日				
		日曜日						祝日				
	利用定員	人										
利用料	法定代理受領分(1割又は2割負担分)											
	法定代理受領分以外											
その他費用												
実施地域												

備考1 「受付番号」欄には、記入しないでください。

備考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。

様式第2号（第4条関係）

受付番号

湖南省介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者 指定更新申請書

年 月 日

湖南省長 宛

所在地
申請者 事業者名(法人名)
代表者氏名

㊤

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。

事業所所在市町村番号

申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(〒 ー 県 郡市 (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	
指定の更新を受けようとする事業所の概要	代表者の住所	(〒 ー 県 郡市 (ビルの名称等))				
	事業所等の所在地	(〒 ー 県 郡市 (ビルの名称等))				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	介護保険事業所番号		:	:	:	:
	事業の種類			実施事業	既に指定を受けている指定等の有効期間満了日	様式
	訪問事業 第一号	訪問介護相当事業 (旧介護予防相当)				付表1
		訪問型サービスA				付表2
	通所事業 第一号	通所介護相当事業 (旧介護予防相当)				付表3
		通所型サービスA (単独型)				付表4
		通所型サービスA (一体型)				付表4
通所型サービスA (リハビリ中心型)					付表4	
指定を受けている他市町村名						
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 申請者欄は、法人にあつては、主たる事業所の所在地、名称及び代表者の氏名を記載してください。
 - 3 「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」等の別を記載してください。
 - 4 「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。
 - 5 「実施事業」欄は、今回申請するものについて、該当する欄に「○」を記載してください。
 - 6 「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。
 - 7 「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。
 - 8 「介護保険事業所番号」は、既に指定を受けている場合に、そのコードを記載してください。
 - 9 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、その全てを記載してください。

様式第3号（第5条関係）

第 号
年 月 日

様

湖南市長



湖南市介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定通知書

年 月 日付けで申請のありました湖南市介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定については、次のとおり指定したので通知します。

事業者	所在地	
	名称	
	代表者氏名	
事業所の所在地		
事業所の名称		
指定年月日		
指定有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日
介護保険事業所番号		
サービスの種類		

様式第4号（第5条関係）

第 号
年 月 日

様

湖南市長



湖南市介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者不指定通知書

年 月 日付けで申請のありました湖南市介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定については、次のとおり指定することができませんので通知します。

事業者	所在地	
	名称	
	代表者氏名	
事業所の所在地		
事業所の名称		
介護保険事業所番号		
サービスの種類		
不指定の理由		

(教示)

- 1 この処分に不服がある場合には、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月以内に、湖南市長に対して審査請求をすることができます（なお、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月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 2 この処分については、通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に、湖南市を被告として（訴訟において湖南市を代表する者は、湖南市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、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月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して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、上記1の審査請求をした場合には、当該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月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第5号(第6条関係)

湖南省介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定内容変更届出書

年 月 日

湖南省長 宛

所在地
事業者 名称
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。

		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	事業者の名称及び所在地	(変更前)							
2	事業所・施設の名称及び所在地								
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 ものに限る。)								
7	事業所・施設の建物の構造、専用区 画等								
8	事業所・施設の管理者の氏名及び住所	(変更後)							
9	運営規程								
10	協力医療機関(病院)・協力歯科医療 機関								
11	介護老人福祉施設、介護老人保健施 設、病院等との連携・支援体制								
12	第1号事業支給費の請求に関する事 項								
13	役員の氏名及び住所								
14	本体施設、本体施設との移動経路等								
15	併設施設の状況等								
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。
3 変更の日から10日以内に届け出てください。

様式第6号（第6条関係）

湖南省介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者廃止（休止）届出書

年 月 日

湖南省長 宛

所在地
申請者 名称
代表者氏名 ㊟

次のとおり事業の廃止（休止）をしますので届出します。

介護保険事業者番号									
廃止（休止）をする 事業所（施設）	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・休止した理由									
現にサービスまたは支援を 受けていた者に対する措置 (廃止・休止する場合のみ)									
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日								

様式第7号（第6条関係）

湖南省介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者再開届出書

年 月 日

湖南省長 宛

所在地
申請者 名称
代表者氏名

㊟

次のとおり事業の再開をしましたので届出します。

介護保険事業者番号									
再開をする 事業所（施設）	名称								
	所在地								
サービスの種類									
再開する年月日	年 月 日								
再開する理由									

備考1 事業に係る従業員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。

2 事業を再開しようとする日から10日前までに届け出てください。

様式第8号（第7条関係）

湖南省介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定辞退届出書

年 月 日

湖南省長 宛

所在地
申請者 名称
代表者氏名

㊦

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

介護保険事業者番号								
指定を辞退する 事業所（施設）	名 称							
	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								
現にサービス又は支援を 受けている者に対する措置								

備考1 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

様式第9号（第8条関係）

第 号
年 月 日

様

湖南省長



湖南省介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定取消（停止）通知書

次のとおり指定を取り消した（停止した）ので通知します。

決 定 内 容	<input type="checkbox"/> 取 消 <input type="checkbox"/> 停 止
介護保険事業所番号	
指定を取消（停止） する事業所等	名 称 所在地
代 表 者 名	
指定の取消（停止） を決定した年月日	年 月 日
指定の停止期間	年 月 日 ～ 年 月 日
指 定 の 取 消 （ 停 止 ） の 理 由	

(教示)

- 1 この処分不服がある場合には、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月以内に、湖南省長に対して審査請求をすることができます（なお、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月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 2 この処分については、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、湖南省を被告として（訴訟において湖南省を代表する者は、湖南省長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、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月以内であっても、この処分の日から起算して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、上記1の審査請求をした場合には、当該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月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第 1 号 (第 4 条関係)

様式第 2 号 (第 4 条関係)

様式第 3 号 (第 5 条関係)

様式第 4 号 (第 5 条関係)

様式第 5 号 (第 6 条関係)

様式第 6 号 (第 6 条関係)

様式第 7 号 (第 6 条関係)

様式第 8 号 (第 7 条関係)

様式第 9 号 (第 8 条関係)