

○秩父別町介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者の指定等に関する要綱  
平成29年2月16日訓令第6号

秩父別町介護予防・日常生活支援総合事業におけ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「施行規則」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事業者（秩父別町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（平成29年訓令第3号）第5条第1項第1号に規定する指定事業者をいう。以下同じ。）の指定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第1項の規定による申請は、秩父別町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書（様式第1号）により行うものとする。

(指定事業者の指定等)

**第3条** 町長は、前条及び第5条第2項に規定する申請があった場合は、法第115条の45の5第2項に基づき指定又は指定の更新の適否を審査し、その結果について秩父別町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）審査決定書（様式第2号）により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（以下「指定事業者」という。）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4条** 指定事業者は、指定の申請事項の変更に係るものにあつては変更届出書（様式第3号）により、事業の廃止又は休止に係るものにあつては廃止・休止届出書（様式第4号）により、再開に係るものにあつては再開届出書（様式第5号）により、それぞれ行うものとする。

(指定の更新)

**第5条** 法第115条の45の3第1項に規定する指定は、6年ごとにその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。

2 法第115条の45の6第1項に規定する申請は更新申請書（様式第6号）により行うものとする。

(関係機関への情報提供)

**第6条** 町長は、第3条から第5条までの規定により、指定、届出の受理又は指定の更新（以下この条において「指定等」という。）をしたときは、北海道、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して、当該指定等に係る指定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業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) 運営規定
- (6) 介護保険事業所番号
- (7) その他町長が適当と認める情報

(委任)

第7条 この要綱に定めるもののほか、秩父別町介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者の指定等に必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

(施行期日)

第1条 この訓令は、平成29年4月1日から施行する。

(指定等を行うために必要な準備)

第2条 町長は、この訓令の施行日前においても、秩父別町介護予防・日常生活支援総合事業における指定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2条関係)

様式第1号

秩父別町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年 月 日

秩父別町長 様 (名称)  
 申請者 (代表者の職名・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。

申 請 者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - ) 県 郡市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
		Email				
	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 - ) 県 郡市				
す 指 定 事 業 受 け の よ う 種 類	同一所在地において行う事業等の種類	指定(許可)申請 対象事業等 (該当事業に○)	既に指定(許可)を 受けている事業等 (該当事業に○)	指定(許可)申請をする事業 等の開始予定年月日	様 式	
	介護予防訪問介護相当サービス				付表1	
	介護予防通所介護相当サービス				付表2	
	介護保険事業者番号	(既に指定又は許可を受けている場合)				
	医療機関コード等	(保険医療機関として指定を受けている場合)				

- 備考 1 「指定(許可)申請対象事業等」「既に指定(許可)を受けている事業等」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 2 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 介護予防訪問介護相当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		
	Email				
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 - )		
	氏名				
	生年月日				
	訪問介護員等との兼務の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称	兼務する職種及び勤務時間等		
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
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)					
利用者の推定数(人)					
サービス提供責任者	フリガナ	住所	(郵便番号 - )		
	氏名				
	フリガナ	住所	(郵便番号 - )		
	氏名				
添付書類	別添のとおり				

(介護予防訪問介護相当サービスを事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

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	
	Email			

- 備考 1 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。  
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。  
 3 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表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 介護予防通所介護相当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	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 - )	
	氏名				
	生年月日				
	当該通所介護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			
	兼務する職種 及び勤務時間等				
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
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)					
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡		
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)				
添付書類	別添のとおり				

(介護予防通所介護相当サービスを事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

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	
		Email			
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡		
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)				
添付書類	平面図				

- 備考 1 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。  
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。  
 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 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

(別添)

指定に係る記載事項 添付書類

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1
3	サービス提供責任者の経歴 (介護予防訪問介護相当サービスのみ)	
4	平面図	参考様式2
4	設備・備品等一覧表 (介護予防通所介護相当サービスのみ)	参考様式3
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	参考様式4
7	誓約書	参考様式5

備考

3「サービス提供責任者の経歴」は、次の書類に代えることが可能です(通知「指定訪問介護事業者の指定申請等におけるサービス提供責任者の経歴に係る提出書類の取扱いについて」(平成20年7月29日老振発第0729002号))。

(1)介護福祉士の場合、「介護福祉士登録証」

(2)介護職員基礎研修課程修了者及び訪問介護に関する1級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」

(3)訪問介護に関する2級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」及び「3年以上介護等の業務に従事したことがわかる書類」

〔参考様式1〕

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

( 年 月分) サービス種類( )

事業所・施設名( )

職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数				
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28							
			*																																		

- 備考 1 \*欄には、当該月の曜日を記入してください。
- 2 申請する事業に係る従業員全員(管理者を含む。)について、4週間の勤務すべき時間数を記入してください。勤務時間後とあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し、その番号を記入してください。  
 〔記載例1ー勤務時間 ①8:20～17:00、②15:20～1:00、③0:20～9:00、④休日〕  
 〔記載例2ーサービス提供時間 a 9:00～12:00、b 12:00～16:00、c 10:30～13:30、d 14:20～17:30、e 休日〕
- 3 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B～Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。  
 勤務形態の区分 A:常勤で単任 B:常勤で兼務 C:常勤以外で単任 D:常勤以外で兼務
- 4 常勤換算が必要な職種は、A～Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業員が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。
- 5 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
- 6 各事業所・施設において採用している勤務制体系(既に事業を業種しているときは直近月の業種)により、職種、勤務形態、氏名及び当該業務の勤務時間が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。

〔参考様式2〕

平面図

事業所・施設の名目	
-----------	--



- 備考 1 必ずしも本様式によらず、各室の用途及び面積の分かるものであれば、既存の平面図等をもって提出書類として差し支えありません。
- 2 各室の用途及び面積を記載してください。
- 3 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

(参考様式3)

設備等一覧表

サービス種類( )  
事業所名・施設名( )

チェック欄	設備の種類	設備基準上適合すべき項目
	(例)消火設備その他非常災害に際して必要な設備	

- 備考 1 申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、付表及び平面図で確認できる項目以外の事項について記載してください。
- 2 「設備の種類」及び「設備基準上適合すべき項目」については、予め指定権者が、サービス毎に確認すべき内容を本様式に記載し、申請者が「チェック欄」等を記入して提出する形とすることを推奨します。

(参考様式4)

### 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	
申請するサービス種類	

措置の概要	
1	利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置
2	円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順
3	苦情があったサービス事業者に対する対応方針等(居宅介護支援事業者の場合記入)
4	その他参考事項

備考 上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。



(参考様式5)

## 誓約書

年 月 日

秩父別町長 様

申請者 (名称)

\_\_\_\_\_  
(代表者の職名・氏名)

\_\_\_\_\_  
印

申請者が介護保険法(以下「法」という。)第115条の45の5第2項及び別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

別紙： 介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所向け
----------------------------

(別紙:介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所向け)

<p>一 申請者が法人でないとき。</p> <p>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、秩父別町訪問型介護サービスの人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱及び秩父別町通所型介護サービスの人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱(以下「基準要綱」という。)で定める員数を満たしていないとき。</p> <p>三 申請者が、基準要綱に従って適正な介護予防サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。</p> <p>四 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わらぬ又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。</p> <p>五 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わらぬ又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。</p> <p>六 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わらぬ又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。</p> <p>七 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた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三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を引き続き滞納している者であるとき。</p> <p>八 申請者が、法第百十五条の四五の九の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員等であった者で当該取消しの日から起算して五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六十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五年を経過しないものを含む。)であるとき。</p> <p>九 申請者が、法第百十五条の四五の九により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員等であった者で当該取消しの日から起算して五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六十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五年を経過しないものを含む。)であるとき。</p> <p>十 申請者と密接な関係を有する者が、法第百十五条の四五の九の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過していないとき。</p> <p>十一 申請者が、法第百十五条の四五の九の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五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秩父別町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱(以下「要綱」という。)第四条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五年を経過しないものであるとき。</p> <p>十二 申請者が、法第百十五条の四五の七第一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百十五条の四五の九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厚生労働省令で定めるところにより秩父別町長が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通じた場合における当該特定の日をいう。)までの間に要綱第四条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五年を経過しないものであるとき。</p> <p>十三 第十一号に規定する期間内に要綱第四条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、同号の通知の日前六十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五年を経過しないものであるとき。</p> <p>十四 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。</p> <p>十五 申請者が、法人で、その役員等のうちに第四号から第八号まで又は第十一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。</p> <p>十六 申請者が、法人で、その役員等のうちに第四号から第七号まで、第九号又は第十一号から第十四号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。</p> <p>十七 申請者が、秩父別町暴力団排除条例(以下「暴力団排除条例」という。)第二条第一号に掲げる暴力団、暴力団排除条例第二条第三号に掲げる暴力団等、暴力団排除条例第二条第四項に掲げる暴力団関係事業者と認められるものであるとき。</p>
--

様式第2号 (第3条関係)

様式第2号

秩父別町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）審査決定書

秩 住 福 号  
年 月 日

所在地  
事業者 名称  
代表者氏名 様

秩父別町長 印

秩父別町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定について

年 月 日付けの秩父別町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定申請について、介護保険法第115条の45の5第2項に基づく審査の結果、下記のとおりとしましたので通知いたします。

記

事業所の名称	
所在地	
事業所番号	
サービスの種類	
審査の結果	適当であると認められるため指定事業者に指定する ・ 不適当と認められるため指定事業者に指定しない
指定年月日	

(住民課住民福祉グループ)

様式第3号 (第4条関係)

様式第3号

変更届出書

年 月 日

秩父別町長 様

開設者 住所  
(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。

		介護保険事業者番号							
指定内容を変更した事業所等		名称							
		所在地							
サービスの種類									
変更年月日		年		月		日			
変更があった事項(該当に○)		変更の内容							
事業所の名称	(変更前)								
事業所の所在地									
申請者の名称									
主たる事務所の所在地									
代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所及び職名									
登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)	(変更後)								
事業所(施設)の建物の構造、専用区画等									
サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴									
運営規程									
利用者、入所者又は入院患者の定員									

備考 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4条関係)

様式第4号

廃止・休止届出書

年 月 日

秩父別町長 様

開設者 住所  
(所在地)  
氏名  
(名称及び代表者氏名)

印

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

	介護保険事業者番号							
廃止(休止)する事業所	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								
休止予定期間	休止日 ~ 年 月 日							

備考 廃止又は休止する日の3月前までに届け出てください。

様式第5号 (第4条関係)

様式第5号

再開届出書

年 月 日

秩父別町長 様

住所  
開設者 (所在地)  
氏名  
(名称及び代表者氏名)

印

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業者番号
再開した事業所	名称
	所在地
サービスの種類	
再開した年月日	年 月 日

備考 事業の再開に係る届出にあっては、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)を添付してください。

様式第6号 (第5条関係)

様式第6号

指定更新申請書

年 月 日

秩父別町長 様

(名称)

申請者

(代表者の職名・氏名)

印

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。

申請者	フリガナ 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	
		Email		
	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 - )			
事業所	事業等の種類			
	指定有効期間満了日			
	フリガナ 名称	-----		
	所在地	(郵便番号 - )		
		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		
管理者	フリガナ 氏名	-----		生年月日
	住所	(郵便番号 - )		

別添 1 誓約書(参考様式5)