

(趣旨)

第1条 この告示は、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、指定介護予防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115条の22第1項の規定による申請は、指定介護予防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 法第115条の22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。

(変更の届出等)

第3条 法第115条の25の規定による届出は、施行規則第140条の37に掲げる事項の変更に係るものにあつては指定介護予防支援事業者指定内容変更届出書(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指定介護予防支援事業者指定廃止・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。

(指定の更新の申請)

第4条 法第115条の31において準用する法第70条の2の規定による更新の申請は、指定介護予防支援事業者指定更新申請書(様式第4号)により行うものとする。

(都道府県等への情報提供)

第5条 市長は、前3条の規定に基づく申請又は届出があつた場合で、市長が指定又は受理(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) 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) 指定年月日及び指定更新年月日並びに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) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号

(公示)

第6条 法第115条の30の規定による公示は、同条各号の措置に係る事業者に関する次に掲げる事項について行うものとする。

- (1) 指定介護予防支援事業者の名称
- (2) 指定に係る事業所の名称及び所在地
- (3) 指定、事業廃止届出書の受理又は指定の取消しの年月日
- (4) 指定の全部又は一部の効力を停止した場合のその内容及びその期間
- (5) サービスの種類

(その他)

第7条 この告示に定めるもののほか、指定介護予防支援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

この告示は、平成18年4月1日から施行する。

附 則(平成20年告示第112号)

この告示は、平成20年12月1日から施行する。

附 則(平成21年告示第25号)

この告示は、平成21年5月1日から施行する。

附 則(平成30年告示第141号)

この告示は、平成30年10月1日から施行する。

様式第1号(第2条関係)

受付番号	
------	--

年 月 日

指定介護予防支援事業者指定申請書

葛城市長 様

所在地

申請者

名 称



介護保険法に規定する指定介護予防支援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。

申請者	フリガナ 名 称 (氏 名)					
	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・氏名・生年月日	職 名	フリガナ			生年月日
氏 名						
代表者の住所	(郵便番号 —)					
	(ビルの名称等)					
事業所	フリガナ 名 称					
	所在地	(郵便番号 —)				
				(ビルの名称等)		
当該申請に係る事業の開始の予定年月日			地域包括支援センターの設置年月日 (設置している場合に記載)			

- 備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 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入してください。
- 4 地域包括支援センターの設置の届出を既に行っている場合において、既に市長に提出している事項に変更がないときは、これらの事項に係る申請書の記入又は書類の提出を省略することができます。

様式第1号(付表)

受付番号

指定介護予防支援事業者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		
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 —)		
	氏 名					
	生年月日	年 月 日				
	指定介護予防支援事業者における他の職務との兼務の有無				有 ・ 無	
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務(兼務の場合のみ記入)	事業所等名称				
		兼務する職種 及び勤務時間等				
事業開始時の利用者の推定数		人				
従業者の職種・員数(人)		担当職員		その他の職員(事務職員等)		
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	
		常 勤(人)				
		非常勤(人)				
主な 掲 示 事 項	営業日					
	営業時間					
	利用料	法定代理受領分以外				
	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
- 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別様に記入した書類を添付してください。
 - 「主な掲示事項」欄は、本欄の記入を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記入してください。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入してください。
 - 「担当職員」欄は、指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第37号)第2条に規定する担当職員の員数を記入してください。

様式第1号(別添)

受付番号

指定申請に係る添付書類一覧

主たる事業所の名称

番号	添付書類	該当欄	備考
1	申請者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一覧表		
3	事業所の平面図		
4	運営規程		
5	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要		
6	関係市町村及び他の保険医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容		
7	介護保険法第115条の22第2項各号に該当しないことを誓約する書面		
8	介護支援専門員の氏名及びその登録番号		

備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 該当欄に「○」を付してください。

3 地域包括支援センターの設置の届出をしている場合において、既に市長に提出している事項に変更がないときは、上記書類の提出を省略することができます。

様式第2号(第3条関係)

年 月 日

指定介護予防支援事業者指定内容変更届出書

葛城市長 様

住所
(所在地)

申請者

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。

変更があった事項		変更の内容
		介護保険事業所番号
指定内容を変更した事業所		名称
		所在地
1	事業所の名称	(変更前)
2	事業所の所在地	
3	申請者の名称及び主たる事務所の所在地	
4	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	
5	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)
6	事業所の平面図	
7	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所	
8	運営規程	
9	介護支援専門員の指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3号(第3条関係)

年 月 日

指定介護予防支援事業者指定廃止・休止・再開届出書

葛城市長 様

住所
(所在地)

申請者

氏名
(名称及び代表者氏名)



次のとおり事業の廃止(休止・再開)をいたしましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号								
廃止(休止・再開)する事業所	名称								
	所在地								
休止・廃止・再開の別	休止・廃止・再開								
休止・廃止・再開した年月日	年 月 日								
休止・廃止した理由									
現に指定介護予防支援を受けていた者に対する措置(休止・廃止した場合のみ)									
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、介護保険法施行規則に定める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。

様式第4号(第4条関係)

受付番号

年 月 日

指定介護予防支援事業者指定更新申請書

葛城市長 様

所在地
申請者

名 称



介護保険法に規定する指定介護予防支援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。

申請者	フリガナ 名 称 (氏 名)					
	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・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 —)				
	(ビルの名称等)					
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 称					
	所 在 地	(郵便番号 —)				
	(ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号			FAX番号	
現に受けている指定の有効期間満了日			年 月 日			
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」欄は、記入しないでください。
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。