

板橋区介護予防・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要綱

(平成27年12月25日区長決定)

(平成31年 4月 1日 改正)

(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「省令」という。)に定めるもののほか、法第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業において法第115条の45の5の規定に基づき区長が指定する事業者(以下「指定第1号事業者」という。)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第1項の規定による申請は、板橋区介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定申請書(別記第1号様式)により行うものとする。

(指定事業者の指定)

第3条 区長は、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その旨を通知するものとする。

2 省令第140条の63の7の規定による指定第1号事業者の指定の有効期間は、6年とする。

(指定の拒否)

第4条 前条第1項に規定する指定第1号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、板橋区介護保険事業計画に規定する地域支援事業に係る計画量を超過する場合その他の区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5条 指定第1号事業者は、当該指定に係る申請事項に変更があったときは、板橋区介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者変更届出書(別記第2号様式)により届け出るものとする。

2 指定第1号事業者は、事業を廃止し、休止し、又は再開したときは、板橋区介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者廃止・休止・再開届出書(別記第3号様式)

により届け出るものとする。

(指定の更新)

第6条 法第115条の45の6第4項の規定により準用する法第115条の45の5第1項の規定による申請は、板橋区介護予防・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(別記第4号様式)により行うものとする。

(事業者情報の公表及び提供)

第7条 区長は、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、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、東京都、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して、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) 事業開始年月日
- (5) 運営規程
- (6) 介護保険事業所番号
- (7) その他区長が適当と認める事項

(委任)

第8条 この要綱に規定するもののほか、指定第1号事業者の指定等に関し必要な事項は、区長が別に定める。

付 則

- 1 この要綱は、平成28年4月1日から施行する。
- 2 指定第1号事業者の指定等に係る手続その他この要綱を施行するために必要な準備行為は、この要綱の施行前においても行うことができる。
- 3 この一部改正は、平成31年4月1日から施行する。

第1号様式(第2条関係)

板橋区介護予防・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

(宛先) 板橋区長

所在地  
申請者 名称  
代表者の職・氏名

㊞

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。

		事業所所在市町村番号(※1)		
申請者	フリガナ			
	法人名			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - ) 都府 郡市 道県 区 (ビル・マンションの名称等)		
	法人連絡先	電話番号	FAX番号	
	法人の種類(※2)	法人所轄庁(※3)		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日
代表者の住所	(郵便番号 - ) 都府 郡市 道県 区 (ビル・マンションの名称等)			
指定を受けようとする事業所	フリガナ			
	事業所名			
	事業所の所在地	(郵便番号 - ) 都府 郡市 道県 区 (ビル・マンションの名称等)		
	申請を行うサービス	サービス種類 ※該当サービスを○で囲んでください	事業の開始予定年月日	添付様式
		第1号訪問事業		付表1
		第1号通所事業		付表2
	同一所在地において行うサービス	サービス種類 ※該当サービスを○で囲んでください	指定年月日(※4) (または、事業の開始予定年月日)	指定番号
		訪問介護		
		第1号訪問事業		
		通所介護		
地域密着型通所介護				
既に第1号事業の指定を受けている他区市町村	サービス種類 ※該当サービスを○で囲んでください	区市町村名	指定番号	
	第1号訪問事業			
	第1号通所事業			
医療機関コード等(※5)				

- 備考 (※1) 「事業所所在市町村番号」の欄には、記入しないでください。  
 (※2) 「法人の種類」欄は、「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。  
 (※3) 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人(NPO法人等)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) 「同一所在地において行うサービス」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。  
 (※5) 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設また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は、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

第2号様式(第5条関係)

板橋区介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者変更届出書

年 月 日

(宛先) 板橋区長

所在地  
申請者 名称  
代表者の職・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。

		指定番号	
指定した内容を変更した事業所		事業所名	
		事業所の所在地	(郵便番号 ー ) <small>(ビル・マンションの名称等)</small>
変更するサービスの種類			
変更事項(※1)		変更の内容	
1	事業所名称	(変更前)	
2	事業所所在地		
3	事業所連絡先(電話、FAX番号)		
4	法人(申請者)の主たる事務所所在地		
5	法人(申請者)の代表者に関すること		
6	登記事項証明書 (当該事業に関するものに限る)		
7	事業所内の専用区画、レイアウト変更等		
8	運営規程①(営業日、営業時間、サービス提供日、サービス提供時間、単位数、利用者定員、利用料、その他の費用)		
9	運営規程②(従事者内訳 他)	(変更後)	
10	管理者に関すること		
11	サービス提供責任者及び訪問事業責任者に関する こと		
12	事業費算定に関すること①(介護職員処遇改善加算 以外)		
13	事業費算定に関すること②(介護職員処遇改善加 算)		
14	その他		
変更年月日		年 月 日	
担当者名(※2)		連絡先(※2)	(電話) (FAX)

備考 ※1 該当する変更事項番号に○をしてください。

※2 提出いただいた届出書類に記載された内容を問合せする際の担当者及び連絡先を記入してください。

第3号様式(第5条関係)

板橋区介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者  
廃止・休止・再開届出書

年 月 日

(宛先) 板橋区長

所在地  
申請者 名称  
代表者の職・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。

		指定番号		
指定した内容を変更した事業所		事業所名		
		事業所の所在地	(郵便番号 ー ) (ビル・マンションの名称等)	
廃止・休止・再開するサービスの種類 該当するサービス種類を○で囲んでください		第1号訪問事業 第1号通所事業		
廃止・休止・再開の別 該当する状態を○で囲んでください		廃止 休止 再開		
廃止・休止・再開した年月日		年 月 日		
廃止・ 休止の 場合	廃止・休止をした理由			
	現にサービス又は支援を受けていた者 に対する措置  (※1)「移行先リスト」を作成し提出してください			
	休止予定期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
担当者名(※2)		連絡先(※2)	(電話)	(FAX)

- 備考
- ※1 廃止・休止をする場合、現にサービス又は支援を受けていた者の「移行先リスト」を作成し、提出してください。
  - ※2 提出いただいた届出書類に記載された内容を問合せする際の担当者及び連絡先を記入してください。
  - ※3 廃止又は休止する日の1月前までに届けてください。
  - ※4 事業の再開を届け出る場合、当該事業に係る「従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表」を提してください。また、休止前の状況に変更が生じているときは、変更届も併せて行ってください。

第4号様式(第6条関係)

板橋区介護予防・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

(宛先)板橋区長

所在地  
申請者 名称  
代表者の職・氏名

㊞

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。

		事業所所在市町村番号(※1)			
申請者	フリガナ				
	法人名				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - )			
		都府	郡市		
		道県	区		
		(ビル・マンションの名称等)			
	法人連絡先	電話番号		FAX番号	
法人の種類(※2)		法人所轄庁(※3)			
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ		生年月日	
		氏名		年 月 日	
代表者の住所	(郵便番号 - )				
	都府	郡市			
	道県	区			
	(ビル・マンションの名称等)				
指定を受けようとする事業所	フリガナ				
	事業所名				
	事業所の所在地	(郵便番号 - )			
		都府	郡市		
		道県	区		
		(ビル・マンションの名称等)			
	更新申請を行うサービス	サービス種類	現に受けている指定の有効期間満了日	指定番号	添付様式
		※該当サービスを○で囲んでください			
		第1号訪問事業			付表1
	同一所在地において行うサービス	サービス種類	現に受けている指定の有効期間満了日	指定番号	
		※該当サービスを○で囲んでください			
		訪問介護			
		第1号訪問事業			
		通所介護			
地域密着型通所介護					
既に第1号事業の指定を受けている他区市町村	サービス種類	区市町村名	指定番号		
	※該当サービスを○で囲んでください				
	第1号訪問事業				
医療機関コード等(※4)					

- 備考 (※1) 「事業所所在市町村番号」の欄には、記入しないでください。  
 (※2) 「法人の種類」欄は、「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。  
 (※3) 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人(NPO法人等)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) 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設また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は、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。