

四日市市指定居宅介護支援事業所の指定等に関する規則をここに公布する。

平成30年3月30日

四日市市長 森 智 広

四日市市規則第21号

四日市市指定居宅介護支援事業所の指定等に関する規則

(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「施行規則」という。）に定めるもののほか、指定居宅介護支援事業所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79条第1項の規定による申請は、指定居宅介護支援事業所指定申請書（第1号様式）、居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項（第2号様式）及び市長が必要と認めた書類により行うものとする。

2 前項の申請は、四日市市介護保険事業計画、四日市市高齢者福祉計画その他の行政計画及び行政施策と調和したもので、かつ、市長の定める手続を経たものでなければならない。

3 市長は、指定に関し、申請者に対して、必要な助言及び指導を行うものとする。

4 法第79条第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しなければならない。

(変更の届出等)

第3条 法第82条の規定による届出は、施行規則第133条に掲げる事項の変更に係るものにあつては指定居宅介護支援事業所変更届出書（第3号様式）及び市長が必要と認めた書類により、同条第2項に掲げる事業の再開及び同条第3項に掲げる事業の廃止又は休止に係るものにあつては指定居宅介護支援事業所廃止・休止・再開届出書（第4号様式）及び市長が必要と認めた書類により、それぞれ行うものとする。

2 前条第2項及び第3項の規定は、前項の届出について準用する。

(指定の更新の申請)

第4条 法第79条の2において準用する法第46条の規定による申請は、指定居宅介護支援事業所指定更新申請書（第5号様式）及び市長が必要と認めた書類により

行うものとする。

2 第2条第2項及び第3項の規定は、前項の申請について準用する。

(情報の提供)

第5条 市長は、前3条の規定による指定、指定の更新又は届出の受理（以下この条において「指定等」という。）をしたときは、三重県、三重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の名称、主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名、生年月日、住所及び職名

(3) 指定年月日、指定更新年月日及び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) 役員の氏名、生年月日及び住所

(公示)

第6条 法第85条の規定による公示は、法第85条各号の措置に係る事業所に関する次に掲げる事項について行うものとする。

(1) 介護保険事業所番号

(2) 指定居宅介護支援事業所の名称及び所在地

(3) 当該事業所の指定の申請者、主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所

(4) 指定、指定の取消し又は指定の全部若しくは一部の効力の停止の年月日

(5) サービスの種類

(実施細目)

第7条 この規則に定めるもののほか、指定居宅介護支援事業所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30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)

2 市長は、この規則の施行日前においても、指定居宅介護支援事業所の指定等に関し必要な手続を行うことができる。

指定居宅介護支援事業所 指定申請書

年 月 日

四日市市長

所在地
申請者
名称
代表者氏名

印

介護保険法に規定する居宅介護支援事業所として指定を受けたいので、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	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX 番号	
	法人の種類			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 -) 県 郡市				
事業所の種類 指定を受けようとする	事業所等の所在地	(郵便番号 -) 県 郡市				
	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	様式	
	居宅介護支援	○	年 月 日	年 月 日	付表	
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						

- 備考1 「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
 2 「法人の種類」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 「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。
 5 「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。

居宅介護支援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 -) 県 郡市			
	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	
管理者	フリガナ	(郵便番号 -)			
	氏名	住所			
	生年月日				
	当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無			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 (兼務の場合記入)	名称			
		兼務する職種 及び勤務時間等			
主任居宅介護支援専門員研修の受講の有無 ※平成33年3月31日まで経過措置あり			有 ・ 無		
事業開始時の利用者の予定数		人			
従業者の職種・員数	介護支援専門員				
	専 従	兼 務			
	常 勤 (人)				
非常勤 (人)					
主な 掲 示 事 項	営業日	曜日 ~ 曜日			
	営業時間	: ~ :			
	利用料	法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額		
	その他の費用	運営規程のとおり			
	通常の事業の実施地域				

備考 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。

指定居宅介護支援事業所 変更届出書

年 月 日

四日市市長

所在地

事業者 名称

印

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、介護保険法の規定に基づき、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		居宅介護支援									
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る。)										
7	事業所・施設の建物の構造、専用区画等	(変更後)									
8	事業所・施設の管理者の氏名及び住所										
9	運営規程										
10	役員の氏名及び住所										
11	併設施設の状況等										
12	介護支援専門員の指名及びその登録番号										
13	その他										
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。

指定居宅介護支援事業所 廃止・休止・再開届出書

年 月 日

四日市市長

所在地

事業者 名称

印

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、介護保険法の規定に基づき、届け出ます。

	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	居宅介護支援									
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										
現にサービス又は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1 事業の再開に係る届出にあつては、施行規則に定める当該事業に係る従業者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

備考2 事業を休止又は廃止する場合は、利用者の移管先リストを添付してください

指定居宅介護支援事業所 指定更新申請書

年 月 日

四日市市長

住所
申請者 (所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

印

介護保険法の規定に基づき、地域密着型サービス事業所、地域密着型介護予防サービス事業所に係る指定更新を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

		事業所所在地市町村番号				
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 (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 -) 県 郡市 (ビルの名称等)				
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	
管理者の氏名、生年月 日、住所及び経歴	フリガナ 氏名				生年月日	経歴別添のとおり
現に受けている指定の有効期間満了日						
役員の名、生年月日及び住所		別添のとおり				
違反要件に該当しないことを誓約する書面		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				
介護保険事業所番号						

備考 1 「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
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。

(健康福祉部介護・高齢福祉課)