

中山町介護予防・日常生活支援総合事業 事業所の指定に係る申請等について

現行相当サービス（訪問介護相当サービス、通所介護相当サービス）

◇ 指定があったとみなされている事業所（みなし指定）

- ①平成27年3月31日以前に介護予防
訪問介護又は介護予防通所介護の指定
を受けた事業所

⇒

指定申請は不要
※平成30年4月1日以降も
サービスを実施する場合
は、更新手続きが必要

◇ 指定があったとみなされていない事業所

- ②平成27年3月31日までに介護予防
訪問介護又は介護予防通所介護の指定
を受けていない事業所で、現在指定を受
けている事業所

⇒

指定申請が必要

◇ 新規で指定申請をする事業所

- ③新規で指定申請をする事業所

⇒

指定申請が必要

基準緩和型サービス（訪問型サービスA、通所型サービスA）

◇ 実施を希望する全ての事業所

- ①みなし指定の有無に関わらず、サービス
の実施を希望する事業所

⇒

指定申請が必要

総合事業移行時における指定の日程

- ◇ 介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業（訪問介護相当サービス、訪問型サービスA、通所介護相当サービス及び通所型サービスA）の事業所指定に関する手続きの日程は、次の通りです。

指定申請 事前申込期間	審査期間	指定希望日
指定希望日の 2か月前～1か月前	事前申込日以降	—

指定申請における必要書類等

- ◇ 介護予防訪問介護、介護予防通所介護の指定申請と基本的に同様の書類とします。
- ◇ みなし指定の対象にならない事業所が介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業（訪問介護相当サービス、訪問型サービスA、通所介護相当サービス及び通所型サービスA）の指定を受けようとする場合、介護予防訪問介護又は介護予防通所介護の指定を受けていても、添付書類を省略せずに提出してください。

指定の有効期限及び更新について

- ◇ 総合事業の訪問介護相当サービス、訪問型サービスA、通所介護相当サービス及び通所型サービスAの指定の有効期限は、介護給付及び予防給付の指定の有効期限と同様6年です。
- ◇ ただし、みなし指定の事業所については、指定の有効期限が平成30年3月31日までとなるため、平成29年度中に指定の更新手続きが必要です。
更新手続きの日程等については、改めてお知らせいたします。

変更・休止・廃止届について

- ◇ 介護保険法上、事業所は一定の事項に変更があった場合、10日以内にその旨を届ける必要があります。
- ◇ 事業所を休止又は廃止する場合、その1月前までにその旨を届ける必要があります。
休止した事業所を再開した場合、再開から10日以内に再開届を提出する必要があります。

受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書

年 月 日

中山町長 様

申請者 所在地
名称
代表者職氏名 印

介護保険法に規定する指定事業者の指定（更新）を受けたいので、次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	(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		
指定(更新)を受けようとする事業等	代表者の住所	(郵便番号 —) 県 郡市 (ビルの名称等)					
	事業所等の所在地	(郵便番号 —) 県 郡市 (ビルの名称等)					
	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	当該申請に係る事業の開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	備考	
	第一号訪問・通所事業	訪問型サービス（現行相当）					
		訪問型サービスA					
		通所型サービス（現行相当）					
通所型サービスA							
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の有無			有 ・ 無	(他市町村名)			
予防給付(訪問・通所)の指定の有無			有 ・ 無	介護予防訪問介護・介護予防通所介護			

(注)

- 1 「受付番号」「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 「法人の種別」の欄は、「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」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」の欄は、その主務官庁の名称を記入してください。
- 4 「実施事業」の欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「当該申請に係る事業の開始予定年月日」の欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記入してください。
- 6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」の欄は、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入してください。
- 7 「指定を受けている他市町村の有無」の欄は、第1号訪問・通所事業に係る他市町村からの指定について記入してください。
- 8 「予防給付(訪問・通所)の指定の有無」の欄は、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護の指定について記入してください。

変 更 届 出 書

年 月 日

中山町長 様

届出者 所在地
名 称
代表者職氏名 印

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。

		介護保険事業所番号											
指定を受けた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	申請者の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・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	サービス提供責任者（訪問事業責任者）の氏名及び住所												
10	運営規程												
11	利用定員の増減												
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	本体施設及び本体施設との間の移動経路等												
15	併設施設の状況等												
16	上記以外の事項												
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 「変更届の提出方法について」に記載されている必要書類を添付してください。

廃止・休止・再開届出

年 月 日

中山町長 様

所 在 地
届出者 名 称
代表者職氏名 印

次のとおり事業の廃止・休止・再開をしますので、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									
サービスの種類										
廃止・休止・再開の別	廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開									
廃止・休止・再開する 年月日	年 月 日									
廃止・休止・再開する 理由										
現に第1号事業を受けて 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									

備考 事業の再開に係る届出にあっては、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。