宮崎市介護予防・日常生活支援総合事業の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「省令」という。）に定めるもののほか、宮崎市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に規定する介護予防型訪問サービス、介護予防型通所サービス及び訪問型家事援助サービスの指定事業者の指定等に関し、必要な事項を定めるものとする。

（用語の定義）

第２条　この要綱における用語の意義は、この要綱において定めるもののほか、法、省令、介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針（平成２７年厚生労働省告示第１９６号）、地域支援事業実施要綱（平成１８年６月９日老発第０６０９００１号厚生労働省老健局長通知「地域支援事業の実施について」別紙）及び宮崎市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱の例による。

（指定等の申請等）

第３条　法第１１５条の４５の５第１項の規定による申請は、宮崎市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者（訪問型サービス・通所型サービス）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４５の５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。

（指定等の更新の申請等）

第４条　法第１１５条の４５の６第１項の規定による指定の更新に係る申請は、宮崎市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者（訪問型サービス・通所型サービス）指定更新申請書（様式第２号）により行うものとする。

２　法１１５条の４５の６第１項の規定により指定の更新を受けた者は、その旨を当該更新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５条　指定の申請事項の変更及び事業の廃止、休止又は再開に係るものにあっては宮崎市指定居宅サービス事業者、指定居宅介護事業者、介護保険施設等の指定等に関する要綱第６条の規定を準用するものとする。

（事業者情報の提供）

第６条　市長は、第３条から第５条までの規定による申請又は届出の受理をしたときは、指定事業者に関する情報のうち、次に掲げる事項の全部又は一部を都道府県、国民健康保険法（昭和３３年法律第１９２号）第４５条第５項に規定する国民健康

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)　申請者の名称及び主たる事業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（これらの更新又は変更を含む。）、廃止、休止又は再開の年月日

(4)　事業開始年月日

(5)　運営規程

(6)　介護保険事業所番号

(7)　事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所

(8)　役員の氏名、生年月日及び住所

(9)　サービスの種類

(10)　その他市長が必要と認める事項

（委任）

第７条　この要綱に定めるもののほか、介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附則

この要綱は、平成２９年４月１日から施行する。

附則

この要綱は、平成３１年４月１日から施行する。

附則

この要綱は、令和元年７月１日から施行する。

附則

この要綱は、令和４年１１月２１日から施行する。

別記

様式第１号（第３条関係）

付表１

付表２

様式第２号（第４条関係）

様式第１号（第３条関係）

宮崎市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者（訪問型サービス・通所型サービス）指定申請書

年　　月　　日

宮　崎　市　長　　殿

住　所
申請者
名　称

介護保険法に規定する第１号事業者（訪問型サービス・通所型サービス）の指定を、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（開設）者	フリガナ						
	名称						
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　－　　）					
		（ビル名称等）					
	申請者連絡先	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	年　月　日
				氏名			
	代表者の住所	（郵便番号　　－　　）					
		（ビルの名称）					

指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ						
	名称						
	事業所等の所在地	（郵便番号　　－　　） 都 道 府 県　　郡 市 区					
		（ビルの名称）					
	事業所連絡先	電話番号		FAX 番号			

		同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定申請をする事業等（事業開始予定年月日）	既に指定等を受けている事業等（指定年月日）
訪問型サービス		介護予防型訪問サービス （介護予防訪問介護に相当するサービス） 【共生型】			
訪問型サービス		訪問型家事援助サービス			
通所型サービス		介護予防型通所サービス （介護予防通所介護に相当するサービス） 【共生型】			

介護保険事業所番号												（既に指定又は許可を受けている場合）

指定を受けている市町村名		事業所区分	

備考１　※印欄には、記入してください。

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　「法人所管庁」欄は、当該法人に法人格を付与した行政庁（大臣、都道府県知事等）がある場合には、その名称を記入してください。

４　「実施事業」欄は、今回申請する事業又は施設あっては「◎」と、既に指定を受けている事業又は施設にあっては「○」と、指定があったとみなされた事業又は施設にあっては「みなし」と記入してください。
なお、都道府県知事又は他市町村長に指定の申請をしている事業については「申請中」と記入していください。

５　「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。

６　共生型サービスの指定を受ける場合には、【共生型】に「○」を記入してください。

付表１　訪問型サービス事業所の指定に係る記載事項

□介護予防型訪問サービス　□訪問型家事援助サービス

<table>
<tr><td rowspan="5">事業所</td><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4">（郵便番号　　－　　）
県　　郡市</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先</td><td>電話番号</td><td></td><td>FAX番号</td><td></td></tr>
<tr><td>Email</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="7">管理者</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="3">住所</td><td rowspan="3">（郵便番号　　）</td></tr>
<tr><td>氏 名</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">訪問介護員等との兼務の有無</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">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）</td><td>名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">兼務する職種
及び勤務時間等</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
</table>

○人員に関する基準の確認に必要な事項

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">従業者の職種・員数</td><td colspan="2">訪問介護員等</td></tr>
<tr><td>専 従</td><td>兼 務</td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td>常　勤（人）</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>非常勤（人）</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>常勤換算後の人数（人）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">利用者の推定数（人）</td><td></td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="4">サービス提供
責任者
※介護予防訪問介護相当サービス</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">住所</td><td rowspan="2">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td>氏 名</td><td></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">住所</td><td rowspan="2">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td>氏 名</td><td></td></tr>
<tr><td>添付書類</td><td colspan="4">別添のとおり</td></tr>
</table>

（訪問型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

<table>
<tr><td rowspan="5">事業所</td><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4">（郵便番号　　－　　）
県　　郡市</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先</td><td>電話番号</td><td></td><td>FAX番号</td><td></td></tr>
<tr><td>Email</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

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 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項

□介護予防型通所サービス

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	
		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	～
サービス提供時間	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
建物の構造	□耐火建築物　□準耐火建築物　□その他
添付書類	別添のとおり

（通所型サービス事業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　　－　　） 県　　郡市			
	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	～
サービス提供時間	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
建物の構造	
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。

様式第２号（第４条関係）

宮崎市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者（訪問型サービス・通所型サービス）指定更新申請書

年　　月　　日

宮　崎　市　長　　殿

住　所
申請者
名　称

介護保険法に規定する第１号事業者（訪問型サービス・通所型サービス）の指定の更新を、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（開設）者	フリガナ						
	名称						
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　－　　） 都 道 府 県　　郡 市 区					
		（ビル名称等）					
	申請者連絡先	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	年　　月　　日
				氏名			
	代表者の住所	（郵便番号　　－　　） 都 道 府 県　　郡 市 区					
		（ビルの名称）					
指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ						
	名称						
	事業所等の所在地	（郵便番号　　－　　） 都 道 府 県　　郡 市 区					
		（ビルの名称）					
	事業所連絡先	電話番号		FAX 番号			

同一所在地において行う事業等の種類		実施事業	指定申請をする事業等（事業開始予定年月日）	既に指定等を受けている事業等（指定年月日）
訪問型サービス	介護予防型訪問サービス （介護予防訪問介護に相当するサービス） 【共生型】			
	訪問型家事援助サービス			
通所型サービス	介護予防型通所サービス （介護予防通所介護に相当するサービス） 【共生型】			

介護保険事業所番号											（既に指定又は許可を受けている場合）
指定を受けている市町村名										事業所区分	

備考１　※印欄には、記入してください。

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　「法人所管庁」欄は、当該法人に法人格を付与した行政庁（大臣、都道府県知事等）がある場合には、その名称を記入してください。

４　「実施事業」欄は、今回申請する事業又は施設あっては「◎」と、既に指定を受けている事業又は施設にあっては「○」と、指定があったとみなされた事業又は施設にあっては「みなし」と記入してください。
なお、都道府県知事又は他市町村長に指定の申請をしている事業については「申請中」と記入していください。

５　「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。

６　共生型サービスの指定を受けている場合には【共生型】に「○」を記入してください。