

香芝市指定地域密着型サービス事業所等の指定等に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和6年3月29日

香芝市長 福岡 憲 宏

香芝市規則第12号

香芝市指定地域密着型サービス事業所等の指定等に関する規則の一部を改正する規則

香芝市指定地域密着型サービス事業所等の指定等に関する規則（平成18年規則第14号）の一部を次のように改正する。

第2条第1項を次のように改める。

法第78条の2第1項、第79条第1項、第115条の12第1項及び第115条の22第1項の規定による申請は、指定申請書（第1号様式）により行うものとする。

第2条第2項を削り、同条第3項中「前2項」を「前項」に、「第3号様式」を「第2号様式」に改め、同項を同条第2項とし、同条第4項を同条第3項とする。

第3条を次のように改める。

（変更の届出等）

第3条 法第78条の5、第82条、第115条の15及び第115条の25の規定による届出は、施行規則第131条の13第1項、第140条の30第1項及び第140条の37第1項に掲げる事項の変更に係るものにあつては変更届出書（第3号様式）により、施行規則第131条の13第3項、第140条の30第3項及び第140条の37第2項に掲げる休止した事業の再開に係るものにあつては再開届出書（第4号様式）により、施行規則第131条の13第4項、第140条の30第4項及び第140条の37第4項に掲げる事業の廃止又は休止に係るものにあつては廃止・休止届出書（第5号様式）により、それぞれ行うものとする。

第4条第1項を次のように改める。

法第78条の12、第115条の21及び第115条の31において準用する法第70条の2の規定による申請並びに法第79条の2の規定による申請は、指定更新申請書（第6号様式）により行うものとする。

第4条第2項を削り、同条第3項中「前2項」を「前項」に、「第10号様式」を「第7号様式」に改め、同項を同条第2項とする。

第5条中「第11号様式」を「第8号様式」に改める。

第6条中「第12号様式」を「第9号様式」に改める。

第1号様式を次のように改める。

第1号様式（第2条関係）

指定地域密着型サービス事業所
 指定地域密着型介護予防サービス事業所
 指定居宅介護支援事業所
 指定介護予防支援事業所

指定申請書

年 月 日

香芝市長 様

所在地
 申請者 名称
 代表者職名・氏名

介護保険法に規定する事業所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。

		法人番号																		
申請者	フリガナ																			
	名称																			
	主たる事務所の所在地		(郵便番号)		—		都 道 府 県		市 区 町 村											
	連絡先		電話番号		(内線)						FAX番号									
			Email																	
	法人等の種類																			
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)		—		都 道 府 県		市 区 町 村												
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に <input checked="" type="checkbox"/>																	<input type="checkbox"/>			
指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行う事業の種類			共生型サービス申請時に <input checked="" type="checkbox"/>		指定申請対象事業（該当事業に○）		既に指定を受けている事業（該当事業に○）		指定申請をする事業の開始予定年月日		様 式								
	地域密着型サービス		夜間対応型訪問介護									付表第二号(二)								
			認知症対応型通所介護									付表第二号(四)(五)								
			小規模多機能型居宅介護									付表第二号(六)								
			認知症対応型共同生活介護									付表第二号(七)								
			地域密着型特定施設入居者生活介護									付表第二号(八)								
			地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護									付表第二号(九)								
			定期巡回・随時対応型訪問介護看護									付表第二号(一)								
			複合型サービス									付表第二号(十)								
			地域密着型通所介護			<input type="checkbox"/>						付表第二号(三)								
	介護予防		居宅介護支援事業									付表第二号(十一)								
			介護予防支援事業									付表第二号(十二)								
			地域密着型		介護予防認知症対応型通所介護									付表第二号(四)(五)						
	介護予防小規模多機能型居宅介護										付表第二号(六)									
介護予防認知症対応型共同生活介護											付表第二号(七)									
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)																		
医療機関コード等		(保険医療機関として指定を受けている場合)																		

備考

- 1 「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 2 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は訪問看護ステーションとして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には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。
- 3 地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業所について、他方の地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受ける場合であって、届出事項に変更がないときは、「事業所の名称及び所在地」、「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」、「当該申請に係る事業の開始予定年月日」、「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」、「介護支援専門員の氏名及び登録番号」及び「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。
- 4 法人等の種類は、「社会福祉法人（社協以外）」、「社会福祉法人（社協）」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人（NPO）」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体（都道府県）」、「地方公共団体（市町村）」、「地方公共団体（広域連合・一部事務組合等）」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 5 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号の記入も可能です。
- 6 指定を受けようとする事業所の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。

第2号様式を削り、第3号様式を第2号様式とし、同様式の次に次の1様式を加える。

第3号様式（第3条関係）

変更届出書

年 月 日

香芝市長 様

所在地
申請者 名称
代表者職名・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。

		介護保険事業所番号																		
		法人番号																		
指定内容を変更した事業所等		名称																		
		所在地																		
サービスの種類																				
変更年月日		年 月 日																		
変更があった事項（該当に○）		変更の内容																		
	事業所（施設）の名称	(変更前)																		
	事業所（施設）の所在地																			
	申請者の名称																			
	主たる事務所の所在地																			
	法人等の種類																			
	代表者（開設者）の氏名、生年月日、住所及び職名																			
	登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。）																			
	共生型サービスの該当有無																			
	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等																			
	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴																			(変更後)
	運営規程																			
	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関																			
	事業所の種別等																			
	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制																			
	本体施設、本体施設との移動経路等																			
	併設施設の状況等																			
	連携する訪問看護を行う事業所の名称																			
	連携する訪問看護を行う事業所の所在地																			
	介護支援専門員の氏名及びその登録番号																			

備考

- 「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
- 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。

なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の（変更前）と（変更後）欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

第4号様式及び第5号様式を次のように改める。

第4号様式（第3条関係）

再開届出書

年 月 日

香芝市長 様

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号																		
	法人番号																		
再開した事業所	名称																		
	所在地																		
サービスの種類																			
再開した年月日	年 月 日																		

備考 事業の再開に係る届出にあつては、従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表を添付してください。

第5号様式（第3条関係）

廃止・休止届出書

年 月 日

香芝市長 様

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を廃止（休止）するので届け出ます。

	介護保険事業所番号																		
	法人番号																		
廃止（休止）する事業所	名称																		
	所在地																		
サービスの種類																			
廃止・休止の別	廃止・休止																		
廃止・休止する年月日	年 月 日																		
廃止・休止する理由																			
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置																			
休止予定期間	休止日 ～ 年 月 日																		

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

第5号の2様式を削る。
第6号様式を次のように改める。

第6号様式（第4条関係）

指定地域密着型サービス事業所
 指定地域密着型介護予防サービス事業所
 指定居宅介護支援事業所
 指定介護予防支援事業所

指定更新申請書

年 月 日

香芝市長 様

所在地
 申請者 名称
 代表者職名・氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		法人番号																			
申請者	フリガナ																				
	名称																				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号)		都	道	市	区	府	県	町	村										
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号														
		Email																			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名			フリガナ			生年月日													
	氏名					月	日														
代表者の住所	(郵便番号)		都	道	市	区	府	県	町	村											
事業所	事業等の種類					介護保険事業所番号															
	指定有効期間満了日																				
	フリガナ																				
	名称																				
	所在地	(郵便番号)		都	道	市	区	府	県	町	村										
	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																					
主たる事務所の所在地	(郵便番号)		都	道	市	区	府	県	町	村											
管理者	フリガナ													生年月日							
	氏名													月	日						
	住所	(郵便番号)		都	道	市	区	府	県	町	村										

備考

- 「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
- 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
- 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。
- 「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」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

第7号様式から第9号様式までを削り、第10号様式を第7号様式とし、同様の次に次の1様式を加える。

第8号様式（第5条関係）

指定辞退届出書

年 月 日

香芝市長 様

所在地
申請者 名称
代表者職名・氏名

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業所番号																		
	法人番号																		
指 定 を 辞 退 す る 施 設	名称																		
	所在地																		
指 定 を 受 け た 年 月 日	年 月 日																		
指 定 を 辞 退 す る 年 月 日	年 月 日																		
指 定 を 辞 退 す る 理 由																			
現に施設に入所している者に対する措置																			

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

第11号様式を削り、第12号様式を第9号様式とする。

附 則

この規則は、令和6年4月1日から施行する。