

八潮市指定居宅介護支援事業者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「省令」という。）に定めるもののほか、指定居宅介護支援事業者の指定等に関し必要な事項を定めるものとする。

(指定の申請等)

第2条 法第79条第1項の規定による指定の申請は、指定居宅介護支援事業者指定申請書（様式第1号）により行うものとする。

2 市長は、前項の申請に基づき指定をしたときは、当該指定を受けた者に対し、指定居宅介護支援事業者指定通知書（様式第2号）を通知するものとする。

3 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するものとする。

(指定の更新申請等)

第3条 法第79条の2第1項の規定による指定の更新の申請は、指定居宅介護支援事業者指定更新申請書（様式第3号）により行うものとする。

2 市長は、前項の申請に基づき指定の更新をしたときは、当該指定の更新を受けた者に対し、指定居宅介護支援事業者指定更新通知書（様式第4号）を通知するものとする。

(変更等の届出)

第4条 法第82条第1項の規定による届出は、変更に係るものにあつては変更届出書（様式第5号）により、休止した事業の再開に係るものにあつては再開届出書（様式第6号）により、それぞれ行うものとする。

2 法第82条第2項の規定による廃止又は休止に係る届出は、廃止・休止届出書（様式第7号）により行うものとする。

(指定の取消し等)

第5条 市長は、法第84条第1項の規定による指定の取消し又は期間を定めたその指定の全部若しくは一部の効力の停止（以下「指定の取消し等」という。）をしたときは、指定居宅介護支援事業者指定取消通知書（様式第8号）により、当該指定の取消し等を受けた者に通知するものとする。

(事業所の情報の提供)

第6条 市長は、指定居宅介護支援事業者について、その事業所に係る指定（指定の更新又は変更を含む。）、届出の受理又は指定の取消し等（以下この条において「指定等」という。）をしたときは、埼玉県、埼玉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) 申請者又は届出者の名称及び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（指定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) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号
- (10) その他市長が必要と認める事項
(公示)

第7条 法第85条の規定による公示は、省令第133条の2各号に掲げる事項のほか、介護保険事業所番号について行うものとする。

(その他)

第8条 この規則に定めるもののほか、指定居宅介護支援事業者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。
(準備行為)
- 2 この規則の規定に基づく指定居宅介護支援事業所の指定に必要な手続その他の必要な行為は、この規則の施行の日前においても行うことができる。

様式第1号（第2条関係）

※受付番号	
-------	--

指定居宅介護支援事業者指定申請書

年 月 日

(宛先) 八潮市長

所在地
申請者名称及び
代表者氏名

印
(職印)

介護保険法に規定する指定居宅介護支援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。

記

※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 -)				
		(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・氏名・生年月日	職名	フリガナ		生年月日	
氏名						
代表者の住所	(郵便番号 -)					
	(ビルの名称等)					
指定を受けようとする事業所	フリガナ					
	名称					
	事業所の所在地	(郵便番号 -)				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	-	-	FAX番号	- -
	当該申請に係る事業の開始予定年月日					
	役員の氏名、生年月日及び住所				別添のとおり	
誓約書				別添のとおり		
介護支援専門員の氏名及び登録番号				別添のとおり		
記入担当者				記入担当者連絡先		

- 備考
- 1 「※受付番号」、「※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 「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」等の別を記入してください。
 - 3 「法人所轄庁」欄は、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。

様式第2号（第2条関係）

指定居宅介護支援事業者指定通知書

第 年 月 日 号

様

八潮市長

印

介護保険法（平成9年法律第123号）第79条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者について、下記のとおり指定をいたしましたので、八潮市指定居宅介護支援事業者の指定等に関する規則第2条第2項の規定により通知します。

記

- 1 申請者名
- 2 代表者の氏名
- 3 事業所の名称
- 4 事業所の所在地
- 5 介護保険事業所番号
- 6 指定年月日

様式第3号（第3条関係）

※受付番号	
-------	--

指定居宅介護支援事業者指定更新申請書

年 月 日

(宛先) 八潮市長

所在地
申請者名称及び
代表者氏名

印
(職印)

介護保険法に規定する事業所に係る指定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。

記

		※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 -) (ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号	- -	FAX番号 - -
	法人の種類別		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 -) (ビルの名称等)		
指定更新を受けようとする事業所	フリガナ			
	名称			
	事業所の所在地	(郵便番号 -) (ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号	- -	FAX番号 - -
	現に受けている指定の有効期間満了年月日			
	役員	役員の氏名、生年月日及び住所		別紙のとおり
	誓約書			別紙のとおり
介護支援専門員	介護支援専門員の氏名及び登録番号		別紙のとおり	
介護保険事業所番号				
記入担当者		記入担当者連絡先		

- 備考
- 1 「※受付番号」、「※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 「法人の種類別」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、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

様式第4号（第3条関係）

指定居宅介護支援事業者指定更新通知書

第 年 月 日
号

様

八潮市長

印

介護保険法（平成9年法律第123号）第79条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者について、下記のとおり指定を更新しましたので、八潮市指定居宅介護支援事業者の指定等に関する規則第3条第2項の規定により通知します。

記

- 1 申請者名
- 2 代表者の氏名
- 3 事業所の名称
- 4 事業所の所在地
- 5 介護保険事業所番号
- 6 指定更新年月日

変更届出書

年 月 日

（宛先）八潮市長

所在地
申請者 名称 及び
代表者氏名

印

次のとおり指定を受けた内容を変更したので届け出ます。

		介護保険事業所番号											
指定内容を変更した事業所		名 称											
		所在地											
変更があった事項		変更の内容											
1	事業所の名称	(変更前)											
2	事業所の所在地												
3	申請者の名称												
4	主たる事務所（法人）の所在地、電話番号、FAX 番号												
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名												
6	定款、寄附行為等及びその登記事項証明書												
7	事業所の平面図	(変更後)											
8	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴												
9	運営規程												
10	当該申請に係る事業に係る居宅介護サービス計画費の請求に関する事項												
11	役員の氏名、生年月日及び住所												
12	介護支援専門員の氏名及びその登録番号												
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。

様式第6号（第4条関係）

再開届出書

年 月 日

（宛先）八潮市長

所在地
申請者 名称及び
代表者名称

印

次のとおり事業所を再開したので届け出ます。

	介護保険事業所番号									
再開した事業所	名 称									
	所在地									
再開年月日	年 月 日									

備考 当該事業所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。

様式第7号（第4条関係）

廃止 ・ 休止 届出書

年 月 日

（宛先）八潮市長

所在地
申請者 名称及び
代表者名称

印

次のとおり事業の廃止（休止）をするので届け出ます。

	介護保険事業所番号												
廃止・休止しようとする事業所	名 称												
	所在地												
廃止・休止の別	休 止 ・ 廃 止												
廃止・休止しようとする年月日	年 月 日												
廃止・休止しようとする理由													
現に居宅介護支援を受けている者に対する措置													
休止予定年月日	年 月 日 ～ 年 月 日												

- 備考 1 「利用者名簿」を添付してください。
- 2 「利用者名簿」を提出後、各利用者の移行先の事業所等が確定し次第、速やかに利用者ごとに移行確定先を記載した「利用者名簿」を提出してください。

様式第8号（第5条関係）

指定居宅介護支援事業者指定取消通知書

第 号
年 月 日

様

八潮市長

印

介護保険法（平成9年法律第123号）第79条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者について、下記のとおり指定を取り消しましたので、八潮市指定居宅介護支援事業者の指定等に関する規則第5条の規定により通知します。

記

- 1 申請者名
- 2 代表者の氏名
- 3 事業所の名称
- 4 事業所の所在地
- 5 介護保険事業所番号
- 6 指定年月日

（教示）

この処分に不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しの訴えをする場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、八潮市を被告として（訴訟において八潮市を代表とする者は八潮市長となります。）提起することができます。ただし、審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に提起することができます。