

鳥栖地区広域市町村圏組合指定介護予防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、指定介護予防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。

(指定の申請等)

第2条 法第115条の22第1項の規定による申請は、様式第1号による指定申請書により行うものとする。

2 法第115条の22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。

(変更の届出等)

第3条 法第115条の25第1項及び第2項の規定による届出は、施行規則第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様式第2号による変更届出書により、事業の廃止、休止、又は再開に係るものにあつては様式第3号による廃止・休止・再開届出書により、それぞれ行うものとする。

(指定の更新の届出)

第4条 法第115条の31において準用する法第70条の2の規定による申請は、様式第4号による更新申請書により行うものとする。

(都道府県等への情報提供)

第5条 鳥栖地区広域市町村圏組合管理者（以下「管理者」という。）は、前三条の規定による指定、指定の更新又は届出の受理又は更新（以下この条において「指定等」という。）をしたときは、都道府県、国民健康保険団体連合会その他機関に対して、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出することができる。

- (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
- (3) 指定年月日及び指定更新年月日並びに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
- (9) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号

(公示)

第6条 法第115条の30の規定による公示は、法第115条の30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) 指定介護予防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及び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

(実施細目)

第7条 この規則に規定するもののほか、指定介護予防支援事業所の指定等に関し必要な事項は、管理者が別に定める。

附 則

(施行期日)

第1条 この規則は、平成18年4月1日から施行する。

(指定を行うために必要な準備)

第2条 管理者は、この規則の施行日前においても、指定介護予防支援事業所の指定に関し必要な手続きを行うことができる。

この規則は、平成22年3月1日から施行する。

この規則は、令和3年4月1日から施行する。

受付番号	
------	--

指定介護予防支援事業所 指定申請書

年 月 日

鳥栖地区広域市町村圏組合管理者 様

所在地
申請者
名称

介護保険法に規定する指定介護予防支援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。

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 ー) 県 郡市 (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 ー) 県 郡市 (ビルの名称等)			
	事業所等の所 在地	(郵便番号 ー) 県 郡市 (ビルの名称等)			
	当該申請に係る事業の開始の予定年月日			地域包括支援センターの設置年月日（設置している 場合に記入）	

- 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」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 地域包括支援センターの設置の届出を既に行っている場合において、既に当該管理者に提出している事項に変更がないときは、これらの事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略させることができる。

変 更 届 出 書

年 月 日

鳥栖地区広域市町村圏組合管理者 様

住所
 申請者（所在地）
 氏名
 （名称及び代表者氏名）

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		名称							
		所在地							
変 更 が あ っ た 事 項		変 更 の 内 容							
1	事業者の名称	(変更前)							
2	事業者の所在地								
3	主たる事務所の所在地								
4	代表者の氏名、生年月日及び住所								
5	定款・寄附行為及びその登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)								
6	事業所の平面図	(変更後)							
7	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所及び経歴								
8	運営規程								
9	当該申請に係る事業に係る介護予防サービス計画費 の請求に関する事項								
10	役員の氏名、生年月日及び住所								
11	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。

第3号様式（第3条関係）

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

鳥栖地区広域市町村圏組合管理者 様

住所
申請者（所在地）
氏名
（名称及び代表者氏名）

次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしましたので届け出ます。

	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								
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									
現に介護予防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 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。

指定介護予防支援事業所 指定更新申請書

年 月 日

鳥栖地区広域市町村圏組合管理者 様

所在地
申請者
名称

介護保険法に規定する指定介護予防支援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。

		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 ー) 県 郡市		
		(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	生年月日
			氏名	
代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市			
	(ビルの名称等)			
代表者の住所	(郵便番号 ー) 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 ー)		
	連絡先	電話番号		FAX 番号
	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			
	所在地	(郵便番号 ー)		
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 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その登録番号			別添のとおり	

- 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 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。
 3 上記に掲げる指定の更新に係る記載事項について、施行規則に規定する省略可能な事項を省略した様式となっていることから、各市町村において必要に応じて、施行規則に規定するその他の事項について追加されたい。