

改正

平成30年12月27日規則第54号

平成31年2月8日規則第11号

坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定に関する規則

(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「施行規則」という。）に定めるもののほか、法第115条の45第1項に規定する第1号事業のうち、同項第1号イに規定する第1号訪問事業及び同号ロに規定する第1号通所事業（第8条第2項及び第3項において「第1号訪問事業等」という。）を行う事業者の法第115条の45の3第1項の指定（以下「指定」という。）に関し、必要な事項を定めるものとする。

(指定の申請書等)

第2条 施行規則第140条の63の5第1項の申請書の様式は、坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書（様式第1号）とする。

2 施行規則第140条の63の5第1項第6号、第7号及び第15号に掲げる事項を記載した書類の様式は、指定事業者の指定に係る記載事項（様式第2号）とする。

(指定の基準)

第3条 施行規則第140条の63の6の市が定める指定事業者（法第115条の45の3第1項に規定する指定事業者をいう。以下同じ。）の基準は、施行規則第140条の63の6第1号イに掲げる基準及び同条第2号に掲げる基準であって市長が別に定めるものとする。

(指定の期間)

第4条 施行規則第140条の63の7の市が定める期間は、6年とする。

(指定の通知等)

第5条 施行規則第140条の63の5第1項の規定による申請書等の提出があったときは、その内容を審査し、指定の可否を決定し、指定をすることと決定した場合にあっては坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定通知書（様式第3号）により、指定をしないことと決定した場合にあっては坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請却下通知書（様式第4号）により、当該申請者に通知するものとする。

2 前項の規定により指定をする旨の通知を受けた者は、その旨を当該指定に係る事業所の見やすい場所に掲示しなければならない。

(指定の更新)

第6条 施行規則第140条の63の5第2項の申請書の様式は、坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請書（様式第5号）とする。

2 施行規則第140条の63の5第2項の書類の様式は、指定事業者の指定に係る記載事項（様式第2号）とする。

(指定の更新の通知等)

第7条 市長は、施行規則第140条の63の5第2項の規定による申請書等の提出があったときは、その内容を審査し、指定の更新の可否を決定し、指定の更新をすることと決定した場合にあっては坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新通知書（様式第6号）により、指定の更新をしないことと決定した場合にあっては坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請却下通知書（様式第7号）により、当該申請者に通知するものとする。

2 前項の規定により指定の更新をする旨の通知を受けた者は、その旨を当該指定に係る事業所の見やすい場所に掲示しなければならない。

(変更の届出等)

第8条 指定事業者は、施行規則第140条の63の5第1項各号に掲げる事項に変更があったときは、当該変更があった日から10日以内に、坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書（様式第8号）により、市長に届け出なければならない。

2 指定事業者は、当該指定に係る第1号訪問事業等を廃止し、又は休止しようとするときは、当該廃止又は休止の日の1か月前までに、坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止届出書（様式第9号）により、市長に届け出なければならない。

3 指定事業者は、休止した当該指定に係る第1号訪問事業等を再開したときは、当該第1号訪問事業等を再開した日から10日以内に、坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業再開届出書（様式第10号）に再開する第1号訪問事業等に係る従業員の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添えて、市長に届け出なければならない。

(指定の取消し等)

第9条 市長は、法第115条の45の9の規定により、指定事業者の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定事業者の指定の全部若しくは一部の効力を停止したときは、坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定取消・停止通知書（様式第11号）により、当該指定の取消し又は

停止に係る者に通知するものとする。

(委任)

第10条 この規則に定めるもののほか、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

(施行期日)

1 この規則は、平成28年4月1日から施行する。

(準備行為)

2 指定のために必要な申請その他の行為は、この規則の施行の日前においても行うことができる。

附 則 (平成30年規則第54号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (平成31年規則第11号)

この規則は、公布の日から施行する。

様式第 1 号 (第 2 条関係)

坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年 月 日

坂戸市長 あて

申請者 所在地
 名 称
 代表者氏名

㊦

介護保険法第115条の45の3第1項の指定を受けたいので、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	連絡先	電話番号	
		FAX番号	
	法人種別		
	代表者職名等	職名	
		生年月日	年 月 日
代表者住所	〒		
申請に係る事業所	ふりがな		
	事業所名称	-----	
	事業所所在地	〒	
	事業の種類		
	事業の開始予定年月日	年 月 日	
同一所在地 において行 う事業に関 する事項	実施事業	事業所等の名称	当該事業の指定年月日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
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名			

備考

- 1 法人種別の欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、株式会社等の別を記入してください。
- 2 当該事業の指定年月日の欄は、当該事業について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。

添付書類

- 1 次の(1)から(4)までの事業の種類に応じた様式
 - (1) 施行規則第140条の63の6第1号イに規定する基準に従う第1号訪問事業様式第2号(その1)
 - (2) 施行規則第140条の63の6第1号ロに規定する基準に従う第1号通所事業様式第2号(その2)
 - (3) 坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービスAの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱(平成28年坂戸市告示第30号)に基づく訪問型サービスA 様式第2号(その3)
 - (4) 坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービスAの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱(平成28年坂戸市告示第31号)に基づく通所型サービスA 様式第2号(その4)
- 2 次に掲げる書類又は次に掲げる事項を記入した書類
 - (1) 申請者の登記事項証明書又は条例等
 - (2) 建物の構造概要及び各室の用途を明示した平面図及び設備の概要
 - (3) 運営規程
 - (4) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (5) 当該申請事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態
 - (6) 誓約書(法第115条の45の5第2項に該当しないことを誓約する書面)

様式第2号（その1）（第2条、第6条関係）

指定事業者の指定に係る記載事項（訪問介護従前相当）

事業所	ふりがな				
	名称				
	所在地	(郵便番号 —)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
メールアドレス					
管理者	ふりがな	住所	(郵便番号 —)		
	氏名				
	生年月日				
	訪問介護員等との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)	名称		事業所番号	
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		訪問介護員等			
		専従		兼務	
		常勤(人)			
		非常勤(人)			
常勤換算後の人数(人)					
利用者の推定数(人)		人			
サービス提供責任者	ふりがな	住所	(郵便番号 —)		
	氏名				
	ふりがな	住所	(郵便番号 —)		
	氏名				

(訪問介護従前相当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	ふりがな			
	名称			
	所在地	(郵便番号 —)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
メールアドレス				

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、添付資料で確認可能な場合は、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は、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（その2）（第2条、第6条関係）

指定事業者の指定に係る記載事項（通所介護従前相当）

事業所	ふりがな				
	名称				
	所在地	(郵便番号 —)			
連絡先	電話番号		FAX番号		
	メールアドレス				
管理者	ふりがな			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（兼務の場合のみ記入）	名称		事業所番号	
	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		m ²			
営業時間	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）				

（通所介護従前相当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	ふりがな				
	名称				
	所在地	(郵便番号 —)			
連絡先	電話番号		FAX番号		
	メールアドレス				
○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		m ²			
営業時間	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）				

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、添付資料で確認可能な場合は、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は、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（その3）（第2条、第6条関係）

指定事業者の指定に係る記載事項（訪問型サービスA）

事業所	ふりがな				
	名称				
	所在地	(郵便番号 —)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
メールアドレス					
管理者	ふりがな			(郵便番号 —)	
	氏名		住所		
	生年月日				
	訪問介護員等との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)	名称		事業所番号	
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		訪問介護員等			
		専従		兼務	
		常勤(人)			
		非常勤(人)			
常勤換算後の人数(人)					
利用者の推定数(人)		人			
訪問事業者責任者	ふりがな			(郵便番号 —)	
	氏名		住所		
	ふりがな			(郵便番号 —)	
	氏名		住所		

(訪問介護従前相当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	ふりがな			
	名称			
	所在地	(郵便番号 —)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
メールアドレス				

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、添付資料で確認可能な場合は、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は、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。
- 4 訪問事業責任者の要件は、介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者又は市長が定める研修の受講者になります。

様式第2号（その4）（第2条、第6条関係）

指定事業者の指定に係る記載事項（通所型サービスA）

事業所	ふりがな	-----			
	名 称				
	所 在 地	(郵便番号 —)			
連 絡 先	電 話 番 号			F A X 番 号	
	メー ル ア ド レ ス				
管 理 者	ふりがな	-----		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（兼務の場合のみ記入）	名 称			事業所番号
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					
常勤（人）					
非常勤（人）					
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
通所事業所の提供に必要な場所の合計面積			㎡		
当該単位のサービスで同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の合計面積			人	㎡	
営業時間	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）				

（通所介護従前相当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	ふりがな	-----			
	名 称				
	所 在 地	(郵便番号 —)			
連 絡 先	電 話 番 号			F A X 番 号	
	メー ル ア ド レ ス				
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
通所事業所の提供に必要な場所の合計面積			㎡		
当該単位のサービスで同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の合計面積			人	㎡	
営業時間	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）				

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、添付資料で確認可能な場合は、記載を省略することが可能です。
- 3 従事者の職種・員数の欄は、従事者の職種及び員数を記入してください。
- 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は、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。

第 号
年 月 日

様

坂戸市長 印

年 月 日付けで介護保険法第115条の45の3第1項の指定の申請のあった事業所については、下記のとおり指定することに決定したので、坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定に関する規則第5条第1項の規定により通知します。

記

- 1 事業者の名称
- 2 代表者の氏名
- 3 事業所の名称
- 4 事業所の所在地
- 5 指定の有効期間
- 6 事業の種類
- 7 指定に係る事業所番号

様式第4号（第5条関係）

坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定
申請却下通知書

第 号
年 月 日

様

坂戸市長 印

年 月 日付けで介護保険法第115条の45の3第1項の指定の申請のあった事業所については、下記のとおり指定しないことに決定したので、坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定に関する規則第5条第1項の規定により通知します。

記

- 1 事業者の名称
- 2 代表者の氏名
- 3 事業所の名称
- 4 事業所の所在地
- 5 理由

備考

この処分に不服がある場合は、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、坂戸市長に対して審査請求をすることができます。

また、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければなりません。

様式第5号 (第6条関係)

坂戸市介護予防・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

坂戸市長 あて

申請者 所在地
 名称
 代表者氏名

㊦

介護保険法第115条の45の3第1項の規定による指定の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	連絡先	電話番号		
		FAX番号		
	法人種別			
	代表者職名等	職名		
		生年月日	年	月 日
代表者住所	〒			
申請に係る事業所	ふりがな			
	事業所名称			
	事業所所在地	〒		
	事業の種類			
	現に受けている指定	指定年月日	年	月 日
指定有効期間の満了日		年	月 日	
指定に係る事業所番号				
同一所在地 において行 う事業に関 する事項	実施事業	事業所等の名称	当該事業の指定年月日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

備考

- 1 法人種別の欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、株式会社等の別を記入してください。
- 2 当該事業の指定年月日の欄は、当該事業について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。

添付書類

- 1 次の(1)から(4)までの事業の種類に応じた様式
 - (1) 施行規則第140条の63の6第1号イに規定する基準に従う第1号訪問事業様式第2号(その1)
 - (2) 施行規則第140条の63の6第1号ロに規定する基準に従う第1号通所事業様式第2号(その2)
 - (3) 坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービスAの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱(平成28年坂戸市告示第30号)に基づく訪問型サービスA 様式第2号(その3)
 - (4) 坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービスAの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱(平成28年坂戸市告示第31号)に基づく通所型サービスA 様式第2号(その4)
- 2 次に掲げる書類又は次に掲げる事項を記入した書類
 - (1) 申請者の登記事項証明書又は条例等
 - (2) 建物の構造概要及び各室の用途を明示した平面図及び設備の概要
 - (3) 運営規程
 - (4) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (5) 当該申請事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態
 - (6) 誓約書(法第115条の45の5第2項に該当しないことを誓約する書面)

様式第6号（第7条関係）

坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新通知書

第 号
年 月 日

様

坂戸市長 印

年 月 日付けで介護保険法第115条の45の6第1項の指定の更新の申請のあった事業所については、下記のとおり指定の更新をすることに決定したので、坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定に関する規則第7条第1項の規定により通知します。

記

- 1 事業者の名称
- 2 代表者の氏名
- 3 事業所の名称
- 4 事業所の所在地
- 5 更新後の指定の有効期間
- 6 事業の種類
- 7 指定に係る事業所番号

様式第7号 (第7条関係)

坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定
更新申請却下通知書

第 号
年 月 日

様

坂戸市長 印

年 月 日付けで介護保険法第115条の45の6第1項の指定の更新の申請のあった事業所については、下記のとおり指定の更新をしないことに決定したので、坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定に関する規則第7条第1項の規定により通知します。

記

- 1 事業者の名称
- 2 代表者の氏名
- 3 事業所の名称
- 4 事業所の所在地
- 5 事業の種類
- 6 理由

備考

この処分に不服がある場合は、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、坂戸市長に対して審査請求をすることができます。

また、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければなりません。

様式第8号（第8条関係）

坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書

年 月 日

坂戸市長 あて

届出者 所在地
 名称
 代表者氏名

㊦

次のとおり変更があったので、坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定に関する規則第8条第1項の規定により届け出ます。

指定に係る事業所番号			
指定内容を変更した事業所	名称		
	所在地		
事業の種類			
変更年月日		年 月 日	
変更があった事項		変更の内容	
事業所の名称		(変更前)	
事業所の所在地			
申請者の名称			
主たる事務所の所在地			
代表者の氏名、生年月日、住所及び職名			
登記簿謄本又は条例等（当該事業に関するものに限る。）		(変更後)	
事業所の建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要			
事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所			
運営規程			
その他（ ）			

備考

- 1 該当項目に○を付けてください。
- 2 変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第9号（第8条関係）

坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止
・休止届出書

年 月 日

坂戸市長 あて

申請者 所在地
名称
代表者氏名

㊦

次のとおり事業を廃止・休止するので、坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定に関する規則第8条第2項の規定により届け出ます。

指定に係る事業所番号			
廃止・休止する事業所	名称		
	所在地		
事業の種類			
廃止・休止の別 (いずれかを○で囲む。)	廃止	・	休止
廃止・休止する年月日	年	月	日
休止予定期間 (休止する場合のみ記入)	年	月	日～ 年 月 日
廃止・休止する理由			
現に事業を利用していた者 に対する措置（具体的に 記入してください。）			

様式第10号 (第8条関係)

坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業再開届出書

年 月 日

坂戸市長 あて

申請者 所在地

名 称

代表者氏名



次のとおり事業を再開したので、坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定に関する規則第8条第3項の規定により届け出ます。

指定に係る事業所番号		
再開した事業所	名 称	
	所在地	
事業の種類		
再開した年月日	年 月 日	
再開した理由		

添付書類 再開する事業に係る従事者の勤務体制及び勤務形態に関する書類

様式第11号（第9条関係）

坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定
取消・停止通知書

第 号
年 月 日

様

坂戸市長 印

下記のとおり介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定を取り消した・停止したので、坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定に関する規則第9条の規定により通知します。

記

- 1 事業所の名称
- 2 事業所の所在地
- 3 指定を取り消した・停止した事業所に係る事業者の名称
- 4 代表者の氏名
- 5 取消し・停止の期間
- 6 理由

備考

この処分に不服がある場合は、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、坂戸市長に対して審査請求をすることができます。

また、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければなりません。