

大田区介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号事業者の指定等に関する要綱

平成28年2月10日
27福介発第12418号

改正 平成29年3月30日28福介発第12982号
平成29年9月12日29福介発第11370号
平成30年3月28日29福介発第13388号
平成30年9月25日30福介発第11672号
平成31年3月22日30福介発第13331号

(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「法施行規則」という。）に定めるもののほか、介護予防・日常生活支援総合事業（以下「新総合事業」という。）における第1号事業を行う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)

第2条 第1号事業を行おうとする事業者（以下「申請者」という。）は、法第115条の45の5第1項の規定に基づき、介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業所指定申請書（別記第1号様式）及び別に定める書類により、区長に指定の申請をしなければならない。

(指定事業者の指定)

第3条 区長は、前条に規定する申請があった場合は、法第115条の45の5第2項の規定に基づき指定の適否を審査し、指定することを決定したときは申請者に対し、指定通知書（別記第2号様式）により通知するものとする。

(指定の期間)

第4条 法施行規則第140条の63の7の規定による指定の期間は、前条により通知した指定年月日から起算して6年間とする。

(指定の拒否)

第5条 区長は、第3条の審査において、当該申請者を指定することにより、大田区介護保険事業計画に規定する地域支援事業に係る計画量を超過する場合、その他の区における地域支援事業の円滑かつ適切な実施に際し、支障が生じる場合は、当該申請者について指定しないものとする。

2 区長は、申請者が法第115条の45の5第2項に該当するときは、当該申請者について、指定しないものとする。

3 区長は、当該申請者又は当該申請者の関係者等が大田区暴力団排除条例（平成24年条例第38号）に規定する暴力団関係者に該当するときは、指定しないものとする。

(変更の届出等)

第6条 第3条の規定により指定を受けた事業者（以下「指定事業者」という。）は、指定の申請事項に変更があったときは、当該変更があった日から10日以内に区長に介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業所変更届出書（別記第3号様式）を提出しなければならない。

2 指定事業者は、新総合事業を廃止し、又は休止しようとするときは、その廃止又は休止の日の1月前までに区長に介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業所廃止・休止・再開届出書（別記第4号様式）を提出しなければならない。

3 前項の届出書を提出した指定事業者は、当該新総合事業を再開したときは、再開した日から10日以内に区長に介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業所廃止・休止・再開届出書（別記第4号様式）を提出しなければならない。

4 指定事業者は、第2項の規定による新総合事業の廃止又は休止の届出をしたときは、当該届出の日の前1月以内に当該サービスを受けていた者であって、当該新総合事業の廃止又は休止の日以後においても、引き続き当該サービスに相当するサービスの提供を希望するものに対し、必要なサービス等が継続的に提供されるよう、第1号介護予防支援事業を行う事業者又は介護予防支援事業所その他の関係者との連絡調整その他の便宜の提供を行わなければならない。

5 指定事業者は、新総合事業の運営に当たり、事業費の変更を伴う体制等に変更があったときは、変更を適用する月の前月15日までに介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する

届出書（別記第5号様式）を区長に提出しなければならない。

（指定の更新）

第7条 法第115条の45の6第4項の規定により準用する法第115条の45の5第1項の規定による更新の申請をしようとする指定事業者は、介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業所指定更新申請書（別記第6号様式）に必要な書類を添付して、別に定める期限までに区長に指定更新の申請をしなければならない。

2 区長は、前項の申請について指定更新をしたときは申請者に対し、指定更新通知書（別記第7号様式）により通知するものとする。

（事業者情報の公表及び提供）

第8条 区長は、第2条から前条までの規定による指定、指定の更新又は届出の受理（以下「指定等」という。）をしたときは、当該指定等に係る事業者に関する情報のうち、次に掲げる事項を公表するとともに、東京都、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して、これを提供することができる。

- (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
 - (3) 指定年月日
 - (4) 事業開始年月日
 - (5) 運営規程
 - (6) 介護保険事業所番号
 - (7) その他区長が適当と認める事項
- （その他）

第9条 この要綱に規定するもののほか、新総合事業における指定事業者の指定等に関し必要な事項は、部長が別に定める。

付 則

（施行期日）

1 この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

（準備行為）

2 区長は、この要綱の施行日の前においても、新総合事業における指定第1号事業者の指定等に関し必要な手続を行うことができる。

付 則（平成29年3月30日28福介発第12982号）

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

付 則（平成29年9月12日29福介発第11370号）

1 この要綱は、平成30年1月1日から施行する。

2 区長は、この要綱の施行日の前においても、新総合事業における指定事業者の指定等に関し必要な手続を行うことができる。

付 則（平成30年3月28日29福介発第13388号）

1 この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

2 区長は、この要綱の施行日の前においても、新総合事業における指定事業者の指定等に関し必要な手続を行うことができる。

付 則（平成30年9月25日30福介発第11672号）

1 この要綱は、平成30年10月1日から施行する。

2 この要綱による改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができる。

付 則（平成31年3月22日30福介発第13331号）

1 この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

2 この要綱による改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができる。

第1号様式

（第2条関係）

第2号様式

（第3条関係）

第 3 号様式
(第 6 条関係)
第 4 号様式
(第 6 条関係)
第 5 号様式
(第 6 条関係)
第 6 号様式
(第 7 条関係)
第 7 号様式
(第 7 条関係)

別記

第1号様式（第2条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業所指定申請書

年 月 日

（宛先）大田区長

申請者 所在地
（法 名称
代表者の職名・氏名

印 

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、次のとおり関係書類を添えて申請します。

| | | | | | | | |
|-------------|----------------------|--------------|--|---------------------------|-------------------|--------------------|--|
| 申請者 (法人) | フリガナ | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | 郵便番号 | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | ファクシミリ番号 | | |
| | 法人の種別 | | | | 法人所轄庁 | | |
| | 代表者の職名・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 | | | | | |
| 指定を受ける事業所 | フリガナ | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | |
| | 所在地 | 郵便番号 | | | | | |
| | 同一所在地において行う事業の種類 | | | 実施事業 | 指定申請をする事業の開始予定年月日 | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | |
| | 介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業 | 訪問型サービスA | | | | | |
| | | 通所型サービスA | | | | | |
| | | 介護予防ケアマネジメント | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | 当該事業所が既に他のサービスで指定を受けている場合 | | | |
| 総合事業事業所番号 | | | | 他区市町村にて既に総合事業の指定を受けている場合 | | | |

備考

- 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「株式会社」等の申請者の法人種別を記入してください。
- 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人（NPO法人等）である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
- 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 「指定申請をする事業の開始予定年月日」欄は、事業の開始予定年月日を記入してください。
- 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、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。
- 「総合事業事業所番号」欄は、他区市町村にて既に総合事業の指定を受けている場合に、その事業所番号を記入してください。

第 号

年 月 日

様

大田区長（氏 名）印

指 定 通 知 書

介護保険法の規定により、介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業所として指定したので下記のとおり通知します。

記

- 1 事業所の名称及び所在地
- 2 事業者の名称、主たる事務所の所在地並びに代表者の職名及び氏名
- 3 指定年月日
- 4 指定の有効期間満了日
- 5 サービスの種類
- 6 総合事業事業所番号

介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業所 変更届出書

年 月 日

(宛先) 大田区長

所在地
 事業者 名称
 (法 代表者の職名・氏名

印

次のとおり指定を受けた事業所について、内容を変更しましたので届け出ます。

| | | | | | | | | | | |
|--------------|----------------------------------|-----------|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 総合事業事業所番号 | | | | | | | | |
| 指定内容を変更した事業所 | | 名称 | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | |
| サービスの種類 | | | | | | | | | | |
| 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 | 事業者（法人）の名称 | | | | | | | | | |
| 4 | 主たる事務所（法人）の所在地 | | | | | | | | | |
| 5 | 代表者の氏名・住所・職名 | | | | | | | | | |
| 6 | 登記事項証明書又は条例等 (当該事業に関するものに限る。) | (変更後) | | | | | | | | |
| 7 | 事業所の建物の構造、専用区画等 | | | | | | | | | |
| 8 | 事業所の管理者の氏名・住所 | | | | | | | | | |
| 9 | 運営規程 | | | | | | | | | |
| 10 | その他 | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 担当者の職名・氏名 | | 連絡先 | 電話番号 | | | | | | | |
| | | | ファクシミリ番号 | | | | | | | |

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。

介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業所 廃止・休止・再開届出書

年 月 日

(宛先) 大田区長

所在地
事業者
(法 東
代表者の職名・氏名



次のとおり事業の廃止・休止・再開について届け出ます。

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|---------------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 総合事業事業所番号 | | | | | | | | | |
| 廃止・休止する又は再開した事業所 | | 名称 | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開の別 | | 廃止 ・ 休止 ・ 再開 | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開の年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開の理由 | | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けている者に対する措置（廃止・休止をする場合） | | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 担当者の職名・氏名 | | 連絡先 | 電話番号 | | | | | | | | |
| | | | ファクシミリ番号 | | | | | | | | |

備考

- 1 事業の廃止・休止を届け出る場合、利用者名と紹介先事業所名が記載されている「移行先リスト（任意様式）」を作成し、添付してください。
- 2 事業の再開を届け出る場合、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。また、休止前の状況に変更が生じているときは、変更届出も併せて行ってください。

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日

（宛先）大田区長

事業者 所在地
 （法） 名称
 代表者の職名・氏名

印

このことについて、次のとおり届け出ます。

1 事業所基本情報に関すること

| | | | | |
|-----------|---------------|--|--------------|--|
| 総合事業事業所番号 | | | | |
| 事業所名称 | (フリガナ) | | | |
| | | | | |
| 事務所所在地 | 郵便番号 | | | |
| サービスの種類 | 通所型サービスA (A7) | | | |
| 担当者 | 職名・氏名 | | | |
| | 連絡先電話番号 | | ファクシ ミリ番号 | |

2 異動情報に関すること

※ 新規の場合は、変更前・変更後は記入せず、適用開始年月日に事業開始予定年月日を記入してください。

| 加算、体制名称等 | |
|----------|-------|
| (変更前) | (変更後) |
| | |
| 適用開始年月日 | 年 月 日 |

3 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表に関すること

※ 新規の場合は、全ての欄の該当する番号に○を付してください。変更の場合は、「2 異動情報に関すること」に記入した異動のある加算等についてのみ、各欄の該当する番号に○を付してください。（「2 異動情報に関すること」に記入していない加算等については、記入する必要はありません。）

| 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表 | | | | |
|-------------------------------|----------|---------------|-----------------------|------|
| 提供サービス | | その他該当する体制等 | | 割引 |
| A7 | 通所型サービスA | 職員の欠員による減算の状況 | 1 なし 2 看護職員 3 介護職員 | 1 なし |
| | | 運動器機能向上体制 | 1 なし 2 あり | |
| | | 栄養改善体制 | 1 なし 2 あり | 2 あり |
| | | 口腔機能向上体制 | 1 なし 2 あり | |

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書
（主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の状況）

年 月 日

（宛先）大田区長

事業者 所在地
（法 名称
代表者の職名・氏名

印

このことについて、次のとおり届け出ます。

1 事業所基本情報に関すること

| | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|
| 総合事業事業所番号 | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | (フリガナ) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 事務所所在地 | 郵便番号 | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | 通所型サービスA（A7） | | | | | | | | | |
| 担当者 | 職名・氏名 | | | | | | | | | |
| | 連絡先電話番号 | | | | | ファクシ ミリ番号 | | | | |

2 異動情報に関すること

※ 新規の場合は、変更前・変更後は記入せず、適用開始年月日に事業開始予定年月日を記入してください。

| 加算、体制名称等 | |
|----------|-------|
| (変更前) | (変更後) |
| | |
| 適用開始年月日 | 年 月 日 |

3 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表に関すること

※ 新規の場合は、全ての欄の該当する番号に○を付してください。変更の場合は、「2 異動情報に関すること」に記入した異動のある加算等についてのみ、各欄の該当する番号に○を付してください。（「2 異動情報に関すること」に記入していない加算等については、記入する必要はありません。）

※ この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

| 提供サービス | | その他該当する体制等 | | 割引 |
|--------|----------|---------------|-----------------------|------|
| A7 | 通所型サービスA | 職員の欠員による減算の状況 | 1 なし 2 看護職員 3 介護職員 | 1 なし |
| | | 運動器機能向上体制 | 1 なし 2 あり | |
| | | 栄養改善体制 | 1 なし 2 あり | 2 あり |
| | | 口腔機能向上体制 | 1 なし 2 あり | |

介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業所指定更新申請書

年 月 日

（宛先）大田区長

申請者 所在地
 （法 名称
 代表者の職名・氏名

印○

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、次のとおり関係書類を添えて申請します。

| | | | | | | |
|-------------|----------------------|--------------|--|----------|---------------------------|------|
| 申請者 (法人) | フリガナ | | | | | |
| | 名称 | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | 郵便番号 | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | ファクシミリ番号 | | |
| | 法人の種別 | | | 法人所轄庁 | | |
| | 代表者の職名・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 | | | | | |
| 指定更新を受ける事業所 | フリガナ | | | | | |
| | 名称 | | | | | |
| | 所在地 | 郵便番号 | | | | |
| | 同一所在地において行う事業等の種類 | | | 実施事業 | 指定の有効期間満了年月日 | |
| | 介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業 | 訪問型サービスA | | | | |
| | | 通所型サービスA | | | | |
| | | 介護予防ケアマネジメント | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | | 当該事業所が既に他のサービスで指定を受けている場合 | |
| 総合事業事業所番号 | | | | | | |

備考

- 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「株式会社」等の申請者の法人種別を記入してください。
- 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人（NPO法人等）である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
- 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

第 号
年 月 日

様

大田区長（氏 名）

指定更新通知書

介護保険法の規定により、介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業所として指定を更新したので、下記のとおり通知します。

記

- 1 事業所の名称及び所在地
- 2 事業者の名称、主たる事務所の所在地並びに代表者の職名及び氏名
- 3 指定更新年月日
- 4 指定の有効期間満了日
- 5 サービスの種類
- 6 総合事業事業所番号