

○さいたま市介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業者の指定の申請等に関する要綱

平成29年3月31日

告示第516号

改正 平成30年11月13日告示第1540号

令和3年3月31日告示第571号

(趣旨)

第1条 この告示は、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、法第115条の45第1項第1号に規定する第1号事業のうち次に掲げる事業を行う事業者（以下「第1号事業者」という。）の指定の申請等に関し必要な事項を定めるものとする。

- (1) 介護予防訪問介護サービス
- (2) 家事支援型訪問サービス
- (3) 介護予防通所介護サービス
- (4) 交流型通所サービス
- (5) 運動型通所サービス

(指定の申請等)

第2条 法第115条の45の5第1項の規定による指定（以下「指定事業者の指定」という。）に関する申請は、介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業者）指定申請書（様式第1号）に必要な書類を添えて行うものとする。

2 市長は、指定事業者の指定をしたときは、指定通知書（様式第2号）により、申請者に通知するものとする。

3 指定事業者の指定を受けた者（以下「指定第1号事業者」という。）は、第1号事業支給費の給付の申請について、第1号事業支給費算定に係る届出書（様式第3号）により行うものとする。ただし、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）附則第13条の規定により、指定を受けたものとみなされた者に関する介護予防訪問介護サービス又は介護予防通所介護サービスの第1号事業支給費の給付の申請については、この限りでない。

(変更の届出)

第3条 指定第1号事業者は、当該指定に係る事業所の名称、所在地その他事業種別ごとに

次に掲げる事項に変更があったときは、その事由が生じた日から10日以内に変更届出書（様式第4号）により市長に届け出なければならない。

(1) 介護予防訪問介護サービス

- ア 事業所の名称
- イ 事業所の所在地
- ウ 事業者（法人）の名称及び主たる事務所の所在地
- エ 代表者の氏名、生年月日及び住所
- オ 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。）
- カ 事業所の建物の構造、専用区画等
- キ 管理者の氏名、生年月日及び住所
- ク サービス提供責任者の氏名及び住所
- ケ 運営規程
- コ 事業の実施形態、併設施設の状況等（一体型・単独型）

(2) 家事支援型訪問サービス

- ア 事業所の名称
- イ 事業所の所在地
- ウ 事業者（法人）の名称及び主たる事務所の所在地
- エ 代表者の氏名、生年月日及び住所
- オ 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。）
- カ 事業所の建物の構造、専用区画等
- キ 管理者の氏名、生年月日及び住所
- ク サービス提供責任者の氏名及び住所
- ケ 運営規程
- コ 事業の実施形態、併設施設の状況等（一体型・単独型）

(3) 介護予防通所介護サービス

- ア 事業所の名称
- イ 事業所の所在地
- ウ 事業者（法人）の名称及び主たる事務所の所在地
- エ 代表者の氏名、生年月日及び住所
- オ 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。）
- カ 事業所の建物の構造、専用区画等

- キ 管理者の氏名、生年月日及び住所
- ク 運営規程
- ケ 事業の実施形態、併設施設の状況等（一体型・単独型）
- コ 通所型サービスの利用定員

(4) 交流型通所サービス

- ア 事業所の名称
- イ 事業所の所在地
- ウ 事業者（法人）の名称及び主たる事務所の所在地
- エ 代表者の氏名、生年月日及び住所
- オ 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。）
- カ 事業所の建物の構造、専用区画等
- キ 管理者の氏名、生年月日及び住所
- ク 運営規程
- ケ 事業の実施形態、併設施設の状況等（一体型・単独型）
- コ 通所型サービスの利用定員

(5) 運動型通所サービス

- ア 事業所の名称
- イ 事業所の所在地
- ウ 事業者（法人）の名称及び主たる事務所の所在地
- エ 代表者の氏名、生年月日及び住所
- オ 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。）
- カ 事業所の建物の構造、専用区画等
- キ 管理者の氏名、生年月日及び住所
- ク 運営規程
- ケ 事業の実施形態、併設施設の状況等（一体型・単独型）
- コ 通所型サービスの利用定員

（一部改正〔平成30年告示1540号〕）

（指定の更新）

第4条 法第115条の45の6の規定による指定の更新の申請は、指定第1号事業者ごとに介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業者）指定更新申請書（様式第5号）により行うものとする。

(廃止又は休止の届出)

第5条 省令第140条の62の3第2項第4号の規定による届出は、廃止し、又は休止しようとする日の1月前までに廃止・休止届出書(様式第6号)により行うものとする。

- 2 指定第1号事業者は、前項の届出をしたときは、当該事業の廃止若しくは休止の日以後においても引き続きサービスの提供を希望する利用者に対し必要なサービスが継続的に提供されるよう、介護予防支援事業者等、他の指定第1号事業者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。

(再開の届出)

第6条 指定第1号事業者は、第5条の規定により休止した第1号事業を再開したときは、10日以内に再開届出書(様式第7号)により市長に届け出なければならない。

附 則

(施行期日)

- 1 この告示は、平成29年4月1日から施行する。

(準備行為)

- 2 第2条第1項の指定に関する申請及びこれに関し必要な手続その他の行為は、この告示の施行の日前においても、第2条第1項の規定の例により、行うことができる。

附 則(平成30年11月13日告示第1540号)

(施行期日)

- 1 この告示は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この告示の施行の際現にこの告示による改正前のさいたま市介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業者の指定の申請等に関する要綱の規定により作成されている様式については、当分の間、適宜修正の上使用することができる。

附 則(令和3年3月31日告示第571号)

(施行期日)

- 1 この告示は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この告示の施行の際現にこの告示による改正前の各要綱の規定により作成されている様式については、当分の間、使用することができる。

様式第1号（第2条関係）

受付番号※

介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業者）指定申請書

年 月 日

（宛先）さいたま市長

所在地
申請者 名称
代表者氏名

さいたま市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業者の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。

申請者 （法人）	フリガナ							
	名称							
	主たる事務所の所在地		(-)					
	連絡先		電話番号		FAX番号			
	法人の種別				法人の所轄庁			
	代表者（開設者）の役職名・氏名		役職名		フリガナ			
					氏名	(生年月日 年 月 日)		
代表者（開設者）の住所		(-)						
事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地		(-)					
	連絡先		電話番号		FAX番号			
	メールアドレス							
指定を受けようとする事業の種類	第1号訪問事業	介護予防訪問介護サービス		実施事業（○を記入）	事業開始予定年月日	指定（許可）年月日		
		家事支援型訪問サービス						
	第1号通所事業	介護予防通所介護サービス						
		交流型通所サービス						
		運動型通所サービス						
	同一所在地で既に指定を受けている介護事業		訪問介護					
			(地域密着型)通所介護					
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のみ記入してください。）								
医療機関コード等								

注 ※印欄は、記入しないでください。

様式第2号（第2条関係）

第 号
年 月 日

指定通知書

様

さいたま市長



介護保険法第115条の45の5第1項の規定に基づき、第1号事業者として指定
します。

申請者

申請者所在地

代表者職・氏名

事業所名

事業所所在地

介護保険事業所番号

サービスの種類

指定年月日 年 月 日

指定有効期限 年 月 日

様式第3号（第2条関係）

受付番号※

第1号事業支給費算定に係る届出書

年 月 日

（宛先）さいたま市長

所在地
申請者 名称
代表者氏名

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

		事業所所在地市町村番号		※		
申請者 （法人）	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	（ - ）				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種類			法人の所轄庁		
	代表者（開設者）の役職名・氏名	役職名			氏名	
代表者（開設者）の住所	（ - ）					
事業所・施設 の状況	フリガナ					
	名称					
	所在地	（ - ）				
連絡先	電話番号			FAX番号		
届出を行う事業所・施設の 種類	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定（許可） 年 月 日	異動等の区分	異動（予定） 年 月 日	異動項目（※変更の場合）
	第1号訪問	介護予防訪問介護サービス		1新規 2変更 3終了		
		家事支援型訪問サービス		1新規 2変更 3終了		
	第1号通所事業	介護予防通所介護サービス		1新規 2変更 3終了		
		交流型通所サービス		1新規 2変更 3終了		
		運動型通所サービス		1新規 2変更 3終了		
介護保険事業所番号						
医療機関コード等						
特記事項	変更前			変更後		
関係書類	別添のとおり					

備考

- 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄は、記載しないでください。
- 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「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。
- 「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。
- 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。
- 「異動項目」欄は、（別紙3）「第1号事業支給費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
- 「特記事項」欄は、異動の状況について具体的に記載してください。

様式第4号（第3条関係）

変更届出書

年 月 日

（宛先）さいたま市長

所在地
申請者 名称
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、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	登記事項証明書・条例等 （当該事業に関するものに限る。）													
6	事業所の建物の構造、専用区画等	(変更後)												
7	管理者の氏名、生年月日及び住所													
8	サービス提供責任者の氏名及び住所													
9	運営規程													
10	事業の実施形態、併設施設の状況等													
11	通所型サービスの利用定員													
変更年月日		年 月 日												
		記入担当者名												
		担当者連絡先												

備考1 該当項目番号に○を付してください。

2 変更内容が分かる添付書類をチェックリストをもとに添付してください。

様式第5号（第4条関係）

受付番号※

介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業者）指定更新申請書

年 月 日

（宛先）さいたま市長

所在地
申請者 名称
代表者氏名

第1号事業の指定更新を受けたいので、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 （法人）	フリガナ 名称			
	主たる事務所の 所在地	(-)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	法人の種別	法人の所轄庁		
	代表者(開設者) の役職名・氏名	フリガナ		
		氏名	(生年月日 年 月 日)	
代表者(開設者) の住所	(-)			
事業所	フリガナ 名称			
	所在地	(-)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	メールアドレス			
		指定更新を 申請する 実施事業	事業開始予定年月日	指定（許可）年月日
指定を受けようとする事業の種類	第1号訪問事業	介護予防訪問介護サービス		
		家事支援型訪問サービス		
	第1号通所事業	介護予防通所介護サービス		
		交流型通所サービス		
		運動型通所サービス		
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のみ記入してください。）				
医療機関コード等				

注 ※印欄は、記入しないでください。

様式第6号（第5条関係）

廃止・休止届出書

年 月 日

（宛先）さいたま市長

所在地
申請者 名称
代表者氏名

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									
休止・廃止しようとするサービス種類										
休止・廃止の別	休 止 ・ 廃 止									
休止・廃止しようとする年月日	年 月 日									
休止・廃止しようとする理由										
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置（備考参照）										
休止予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日									

備考

- 1 別添「利用者・入所者名簿」（各利用者・入所者ごとに移行予定先事業所・施設等を記載したもの）を添付すること。
- 2 1の「利用者・入所者名簿」を提出後、各利用者・入所者の移行先の事業所・施設が確定次第、速やかに各利用者・入所者ごとに移行確定先事業所・施設等を記載した「利用者・入所者名簿」を追加添付書類として提出すること。

様式第7号（第6条関係）

再 開 届 出 書

年 月 日

（宛先）さいたま市長

所 在 地

申請者 名 称

代表者氏名

次のとおり事業の再開をしま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																			
再開したサービス種類																				
再開した理由																				
再開した年月日	年 月 日																			

備考 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すること。

様式第1号（第2条関係）

（一部改正〔令和3年告示571号〕）

様式第2号（第2条関係）

様式第3号（第2条関係）

（一部改正〔令和3年告示571号〕）

様式第4号（第3条関係）

（全部改正〔平成30年告示1540号〕、一部改正〔令和3年告示571号〕）

様式第5号（第4条関係）

（一部改正〔令和3年告示571号〕）

様式第6号（第5条関係）

（一部改正〔令和3年告示571号〕）

様式第7号（第6条関係）

（一部改正〔令和3年告示571号〕）