

神戸市介護予防・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領

(平成29年1月1日保健福祉局長決定)

(令和3年4月1日改正)

(令和5年4月1日改正)

(趣旨)

第1条 この要領は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）、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。）及び神戸市介護予防訪問サービス・生活支援訪問サービス・介護予防通所サービス事業者の指定に関する要綱（平成29年1月1日保健福祉局長決定。以下「要綱」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号事業のうち次の各号に掲げる事業を行う事業者（以下「総合事業指定事業者」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) 介護予防訪問サービス
- (2) 生活支援訪問サービス
- (3) 介護予防通所サービス

(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に関する申請は、指定申請書（第1号様式）により行うものとする。

- 2 市長は、法第115条の45の5第1項の規定に基づき、要綱に定める事業種別ごとの人員、設備及び運営に関する基準を満たしている事業者を指定する。
- 3 市長は、前項の規定による指定をしたときは、指定通知書により、当該申請者に通知するものとする。
- 4 前3項の指定を受けた者は、その旨を当該指定に係る事業所（以下「事業所等」という。）の見やすい場所に標示するものとする。

(指定の更新)

第3条 法第115条の45の6に規定する指定の更新の申請は、事業所ごとに指定更新申請書（第4号様式）により行うものとする。

(変更の届出等)

第4条 総合事業指定事業者は、要綱第8条に規定する事項に変更があったときは、10日以内に変更届（第2号様式）により市長に届け出なければならない。

(廃止若しくは休止の届出)

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、廃止若しくは休止しようとする日の1か月前までに廃止・休止届出書(第3号様式)により行うものとする。

(再開の届出)

第6条 総合事業指定事業者は、休止した当該事業を再開したときは、10日以内にその旨を再開届出書(第2号の2様式)により市長に届け出なければならない。

(兵庫県等への情報提供)

第7条 市長は、第2条から前条までの規定による指定等をしたときは、兵庫県、兵庫県国民健康保険団体連合会その他の関係する機関に対して、当該指定等に係る事業所等に関する情報のうち、次に掲げる事項を提供するものとする。

- (1) 事業所等の名称及び所在地
- (2) 当該事業所等の指定等の申請者又は開設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及び住所(当該指定等に係る事業所等が法人以外の者の開設する病院又は診療所であるときは、開設者の氏名及び住所)
- (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
- (8) その他市長が必要と認める事項

2 市長は、前項の情報の提供に関する業務の全部又は一部を他の機関に委託することができる。

(標準様式)

第8条 本要領に掲げる各号の様式は、指定等の適切な申請、申出又は届出を担保するための標準様式として提示するものであり、当該様式以外の様式等を使用していた場合であっても、本要領によりその様式を使用するとしている申請、申出又は届出に必要な事項が遺漏なく記載されている場合は、標準様式以外の様式による申請又は届出を行うことができるものとする。

2 申請、申出又は届出を行う場合は、前項に掲げる標準様式のほか、付表、参考様式等を、適宜、使用するものとする。

(実施細目)

第9条 この要領に規定するもののほか、神戸市介護予防・日常生活支援総合事業の指定等に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

(施行期日)

この要領は、平成 29 年 1 月 1 日から施行する。

この要領は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

この要領は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所

指定申請書

年 月 日

神戸市長 様

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

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、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村				
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号	
		Email				
	法人等の種類					
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 -) 都 道 市 区 府 県 町 村					
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に☑					<input type="checkbox"/>	
指定事業受ける種類とする	同一所在地において行う事業等の種類	指定申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(登録)を受けている事業等(該当事業に○)	指定申請をする事業等の開始予定年月日	様式	
	介護予防訪問介護相当サービス				付表1	
	緩和した基準による訪問型サービス(定率)					
	緩和した基準による訪問型サービス(定額)					
	介護予防通所介護相当サービス					付表2
	緩和した基準による通所型サービス(定率)					
緩和した基準による通所型サービス(定額)						
既に指定(登録)を受けている事業所の種類(該当に○)	訪問介護			/		
	基準該当訪問介護					
	通所介護					
	基準該当通所介護					
	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)					
指定を受けている他市町村名						
医療機関コード等	(保険医療機関として指定を受けている場合)					

備考

- 1 「指定申請対象事業等」「既に指定(登録)を受けている事業等」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 2 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 3 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本 登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。

第2号様式

変更届出書

年 月 日

神戸市長 様

所在地

申請者 名称

代表者職名・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等		名称	
		所在地	
サービスの種類			
変更年月日		年	月 日
変更があった事項(該当に○)		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		
	法人等の種類		
	代表者の氏名、生年月日及び住所		
	登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)		
	事業所の建物の構造及び平面図並びに設備の概要	(変更後)	
	利用者の推定数、利用者の定員		
	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所		
	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴		
	運営規程		
	その他		

備考 1「(参考)変更届への標準添付書類一覧」を確認し、必要書類を添付してください。
 2 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
 3「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。
 なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の(変更前)と(変更後)欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

第3号様式

廃止・休止届出書

年 月 日

神戸市長 様

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

廃止(休止)する事業所	介護保険事業所番号
	名称	
	所在地	
サービスの種類		
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止	
廃止・休止する年月日	年 月 日	
廃止・休止する理由		
現にサービスを受けている者に対する措置		
休止予定期間	休止日 ~ 年 月 日	

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

指定更新申請書

年 月 日

神戸市長 様

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

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、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申 請 者	フリガナ 名称	-----		
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号 (内線) FAX番号	Email	
	代表者の職名・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 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
事 業 所	事業等の種類	介護保険事業所番号		
	指定有効期間満了日			
	フリガナ 名称	-----		
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	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			
管 理 者	フリガナ 氏名	-----		生年月日
	住所	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		

備考 1 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本 登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。
 2 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。
 3 「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」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。