

豊中市指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型
介護予防サービス事業者の指定に関する要綱

平成31年（2019年）4月1日改正

（目的）

第1条 この要綱は、豊中市における指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型介護予防サービス事業者（以下「指定地域密着型サービス事業者等」という。）の指定等の手続等に関し、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。）並びに豊中市介護保険規則（平成12年豊中市規則第36号。以下「市規則」という。）に定めのある事項のほか、必要な事項を定める。

（対象）

第2条 この要綱で対象とする指定地域密着型サービス事業者等とは、次の各号に規定する事業を行う者をいう。

（1）指定地域密着型サービス事業

- ①指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ②指定夜間対応型訪問介護
- ③指定地域密着型通所介護
- ④指定認知症対応型通所介護
- ⑤指定小規模多機能型居宅介護
- ⑥指定認知症対応型共同生活介護
- ⑦指定地域密着型特定施設入居者生活介護
- ⑧指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- ⑨指定看護小規模多機能型居宅介護

（2）指定地域密着型介護予防サービス事業

- ①指定介護予防認知症対応型通所介護
- ②指定介護予防小規模多機能型居宅介護
- ③指定介護予防認知症対応型共同生活介護

（事前協議）

第3条 指定地域密着型サービス事業者等の指定を受けようとするもの（以下「指定予定事業者」という。）は、地域密着型（介護予防）サービス事業所設置計画事前協議書（様式－事前協議）その他必要書類を提出して、事前協議を行うものとする。

2 市長は、事前協議が完了した場合は、指定予定事業者に対し事前協議済書により通知する。

3 指定予定事業者は、事前協議の完了後にその事前協議済内容を変更しようとする場合は、あらかじめ当該変更内容について市長の承認を得るものとする。

（指定地域密着型サービス事業者等の指定）

第4条 前条第2項により事前協議が完了した指定予定事業者は、市規則第4条第2

項の規定により、指定地域密着型（介護予防）サービス事業者指定申請書（様式－密着指定）に、施行規則第131条の2の2から第131条の8の2の規定による各事業別の必要事項（ただし、申請を行う事業に係る地域密着型介護サービス費の請求に関する事項及び地域密着型介護予防サービス費の請求に関する事項を除く。）を記載した必要書類を添付し指定申請を行うものとする。

- 2 指定予定事業者は、地域密着型介護サービス費の請求に関する事項及び地域密着型介護予防サービス費の請求に関する事項の届出については、介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（様式－密着体制）により行うものとする。
- 3 指定予定事業者は、第1項の指定申請後にその指定申請を取り下げ場合は、指定申請取下げ届出書（様式－指定取下）により市長の承認を得るものとする。
- 4 市長は、第1項の指定申請があった場合は、前条の事前協議が完了していることを確認し、法に基づく指定に係る審査を行うほか、必要な事項について豊中市地域密着型サービス運営検討部会の意見を求めることとする。
- 5 市長は、第3項の届出を承認した場合は、指定予定事業者に対し指定申請取下げ承認書によりその旨を通知する。
- 6 市長は、第4項の審査等の結果、指定を行う場合は指定通知書によりその旨を通知する。

（指定地域密着型サービス事業者等の指定更新）

第5条 法第78条の12及び第115条の21において準用する法第70条の2第1項の規定による指定の更新は、市長が別に定める期間において、市規則第5条第2項の規定により、指定地域密着型（介護予防）サービス事業者指定更新申請書（様式－密着更新）に当該指定の更新に係る必要書類を添付して指定更新申請を行うものとする。

- 2 市長は、前項の申請があった場合、法に基づく審査を行うこととする。
- 3 市長は、前項の審査の結果、指定更新を行う場合は、指定更新通知書によりその旨を通知する。

（変更の届出等）

第6条 法第78条の5及び第115条の15の規定による届出は、施行規則第131条の13第1項各号及び第140条の30第1項各号に定める事項その他市長の定める事項の変更（ただし、各事業における地域密着型介護サービス費の請求に関する事項及び地域密着型介護予防サービス費の請求に関する事項を除く。）に係るものにあつては、市規則第8条の規定により、変更届出書（様式－変更）に当該変更に係る必要書類を添付し、又事業の廃止、休止又は再開に係るものにあつては、廃止（休止・再開）届出書（様式－休廃止等）に当該事業の廃止、休止又は再開に係る必要書類を添付し行うものとする。

- 2 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項及び地域密着型介護予防サービス費の請求に関する事項の変更に係るものにあつては、介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（様式－密着体制）により行うものとする。

(指定の辞退)

第7条 法第78条の8の規定による指定の辞退の届出は、市規則第9条の規定により指定辞退届出書(様式-指定辞退)により行うものとする。

(添付書類)

第8条 第3条から第7条に規定する申請又は届出において、法、施行規則、市規則その他関係法令に定めのある書類を添付させるほか、市規則第14条の規定により市長が必要と認める書類を添付させることができる。

2 前項において添付させる書類の様式については別途定める。

(その他)

第9条 この要綱に規定するもののほか、指定地域密着型サービス事業者等の指定等に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、平成18年6月2日から施行し、平成18年4月1日から適用する。

(指定等を行うために必要な準備行為)

第2条 市長は、この要綱の施行日前においても、指定地域密着型サービス事業者等の指定等に関し、必要な手続を行うことができる。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、平成23年6月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、平成27年6月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

地域密着型（介護予防）サービス事業所 設置計画事前協議書

平 年 月 日

豊中市長様

法人所在地

法人名称

代表者職氏名

印

下記のとおり事業所（施設）の設置を計画したので「豊中市指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定に関する要綱」第3条の規定により協議します。

事業所（施設）の名称	
サービスの種類	（介護予防サービスを実施する場合は介護サービスと両方を記載。地域密着型通所介護で総合事業を実施する場合は介護サービスと総合事業を記載）
設置予定場所	
設置しようとする者の名称（氏名）及び所在地（住所）	（協議者と同じ場合は都略可）
事業開始予定年月日	（指定月日は3月・6月・9月・12月の各1日付） 年 月 日
定員	（小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護は登録、通い、宿泊の各定員を記載。地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び認知症対応型共同生活介護はユニット毎に定員を記載）
添付書類	別添のとおり

事前協議に関する連絡先	
担当者所属・氏名	電話番号
	E-mail

指定地域密着型(介護予防)サービス事業者 指定申請書

平成 年 月 日

豊中市長 様

所在地

申請者 名称

代表者

印

介護保険法に規定する指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型介護予防サービス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。

		介護保険事業所番号																			
申請者	フリガナ																				
	名称																				
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 -) (ビルの名称等)																		
	連絡先		電話番号											FAX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						
	代表者の住所		(郵便番号 -) (ビルの名称等)																		
指定を受けようとする事業所の種類	事業所等の所在地		(郵便番号 -) (ビルの名称等)																		
			同一所在地において行う事業の種類				指定を受けようとする事業	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	様式											
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護									付表 1										
		地域密着型通所介護									付表 2										
		認知症対応型通所介護									付表 3										
		小規模多機能型居宅介護									付表 4										
		認知症対応型共同生活介護									付表 5										
		地域密着型特定施設入居者生活介護									付表 6										
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護									付表 7										
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護									付表 8										
		看護小規模多機能型居宅介護									付表 9										
	介護予防地域密着型サービス	介護予防認知症対応型通所介護									付表 3										
介護予防小規模多機能型居宅介護									付表 4												
介護予防認知症対応型共同生活介護									付表 5												
指定を受けている他市町村名													事業所所在地市町村番号								
医療機関コード等																					

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日

豊中市長 様

所在地
名称
代表者氏名

印

このことについて、関係書類を添えて次のとおり届け出ます。

受付番号

届出者	フリガナ							
	名称							
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 ー)					
	連絡先	電話番号		FAX番号				
	法人の種類		法人所轄庁					
	代表者の職・氏名	職名		氏名				
	代表者の住所		(郵便番号 ー)					
事業所の状況	フリガナ							
	事業所の名称							
	主たる事業所・施設の所在地		(郵便番号 ー)					
	連絡先	電話番号		FAX番号				
	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所在地		(郵便番号 ー)					
	連絡先	電話番号		FAX番号				
	管理者の氏名							
管理者の住所		(郵便番号 ー)						
届出を行う事業等	同一所在地において行う事業等の種類		実施事業	指定年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目 (※変更の場合)	
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護				1 新規 2 変更 3 終了		
		地域密着型通所介護				1 新規 2 変更 3 終了		
		認知症対応型通所介護				1 新規 2 変更 3 終了		
		介護予防認知症対応型通所介護				1 新規 2 変更 3 終了		
		小規模多機能型居宅介護				1 新規 2 変更 3 終了		
		介護予防小規模多機能型居宅介護				1 新規 2 変更 3 終了		
		認知症対応型共同生活介護				1 新規 2 変更 3 終了		
		介護予防認知症対応型共同生活介護				1 新規 2 変更 3 終了		
		地域密着型特定施設入居者生活介護				1 新規 2 変更 3 終了		
		地域密着型介護老人福祉施設				1 新規 2 変更 3 終了		
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護				1 新規 2 変更 3 終了		
		看護小規模多機能型居宅介護				1 新規 2 変更 3 終了		
地域密着型サービス事業所番号		医療機関コード等(指定または許可を受けている場合)						
特記事項	変更前			変更後				
関係書類		別紙のとおり						
		記入者		連絡先				

指 定 申 請 取 下 げ 届 出 書

平 年 月 日

豊 中 市 長 様

所 在 地

届 出 者 名 称

代 表 者

印

次のとおり指定申請を取り下げたいので届け出ます。

		介護保険事業者番号 (番号が決定している場合)																		
指定申請を取り下げる施設	名 称																			
	所在地																			
指 定 予 定 年 月 日			年	月	日															
指定申請を取り下げる年月日			年	月	日															
指定申請を取り下げる理由																				

※備考：指定を受ける日の1週間前までに必ず届け出てください。

指定地域密着型(介護予防)サービス事業者 指定更新申請書

平成 年 月 日

豊中市長 様

所在地

申請者 名称

代表者

印

介護保険法に規定する指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型介護予防サービス事業者の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。

		介護保険事業所番号					
申 請 者	フリガナ						
	名称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)					
		(ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号			FAX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 -)						
	(ビルの名称等)						
指定の更新を受けようとする事業所の種類	事業所等の所在地	(郵便番号 -)					
			(ビルの名称等)				
	同一所在地において行う事業の種類			指定の更新を受けようとする事業	既に指定を受けている事業の指定年月日	現に受けている指定の有効期間満了日	様式
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護					付表1
		地域密着型通所介護					付表2
		認知症対応型通所介護					付表3
		小規模多機能型居宅介護					付表4
		認知症対応型共同生活介護					付表5
		地域密着型特定施設入居者生活介護					付表6
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護					付表7
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護					付表8
看護小規模多機能型居宅介護					付表9		
介護予防地域密着型サービス	介護予防認知症対応型通所介護					付表3	
	介護予防小規模多機能型居宅介護					付表4	
	介護予防認知症対応型共同生活介護					付表5	
指定を受けている他市町村名			事業所所在地市町村番号				
医療機関コード等							

変更届出書

年 月 日

豊 中 市 長 様

開設者 主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の職・氏名

印

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等		名称								
		所在地								
サービスの種類										
変更があった事項(該当に○)		変更の内容								
	1	事業所(施設)の名称	(変更前)							
	2	事業所(施設)の所在地								
	3	申請者の名称								
	4	主たる事務所の所在地								
	5	代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所								
	6	登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)								
	7	事業所(施設)の建物の構造、専用区画等								
	8	備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業)								
	9	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所口 (介護老人保健施設は、事前に承認を受ける。)								
	10	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴								
	11	運営規程								
	12	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関								
	13	事業所の種別	(変更後)							
	14	提供する居宅療養管理指導の種類								
	15	事業実施形態 (本体施設が特別養護老人ホームの場合の 単独型・空床利用型・併設型の別)								
	16	利用者、入所者又は入院患者の定員								
	17	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等 との連携・支援体制								
	18	福祉用具の保管・消毒方法 (委託している場合にあっては、委託先の状況)								
	19	本体施設、本体施設との移動経路等								
	20	併設施設の状況等								
	21	介護給付費算定に係る体制等の状況								
	22	介護支援専門員の氏名及びその登録番号								
	23	事業所・施設の電話番号、FAX番号、E-mailアドレス								
		変更年月日	年	月	日					
変更理由										
備考	「変更届提出書類一覧」、「指定内容の変更手続き」を参照し、必要書類を添付してください。		担当者名			連絡先(電話番号)				

廃 止 （ 休 止 ・ 再 開 ） 届 出 書

年 月 日

豊 中 市 長 様

主たる事務所の所在地

事業者 名称

代表者の職・氏名

〔 法人以外の者にあつては、
住所及び氏名 〕

印

介護保険法 第 78 条の 5 第 89 条 第 99 条 第 115 条の 15 の規定により、事業の 廃止をします 休止をします 再開をしました ので届け出ます。

	介護保険事業所番号	2	7							
事業所又は施設	名 称									
	所在地									
サービスの種別										
廃止(休止・再開)の別	廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開									
廃止(休止・再開)年月日	年 月 日									
廃止(休止)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・休止の場合のみ)										
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日									

指定辞退届出書

平 年 月 日

豊 中 市 長 様

所 在 地

届 出 者 名 称

代 表 者

印

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業所番号																			
指 定 を 辞 退 す る 施 設	名 称																			
	所在地																			
指 定 を 受 け た 年 月 日	年 月 日																			
指 定 を 辞 退 す る 年 月 日	年 月 日																			
指 定 を 辞 退 す る 理 由																				
現に施設に入所している者に対する措置																				

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。