

## 生駒市規則第22号

生駒市指定介護予防支援事業所の指定等に関する規則をここに公布する。

平成18年7月14日

生駒市長 山下 真

### 生駒市指定介護予防支援事業所の指定等に関する規則

(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、指定介護予防支援事業所の指定等に関し必要な事項を定めるものとする。

(指定の申請等)

第2条 法第115条の20第1項の規定による申請は、指定介護予防支援事業所指定申請書（様式第1号）により行うものとする。

2 法第115条の20第1項の規定により指定を受けた者は、その旨を当該指定に係る事業所の見やすい場所に標示するものとする。

(変更の届出等)

第3条 法第115条の23の規定による届出は、施行規則第140条の28第1項に掲げる事項の変更に係るものにあつては変更届出書（様式第2号）により、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（様式第3号）により、それぞれ行うものとする。

(指定の更新の申請)

第4条 法第115条の28において準用する法第70条の2の規定による申請は、指定介護予防支援事業所指定更新申請書（様式第4号）により行うものとする。

(事業所情報の提供)

第5条 市長は、第2条第1項の申請に係る指定、第3条の届出の受付又は前条の申請に係る指定の更新(以下この条において「指定等」という。)をしたときは、奈良県、奈良県国民健康保険団体連合会その他の機関に対して、当該指定等に係る事業所に関する情報のうち、次に掲げるものを提供することができる。

- (1) 事業所の名称及び所在地
- (2) 事業所の指定の申請者の名称、主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名、生年月日、住所及び職名
- (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、生年月日及び住所
- (8) 役員の氏名、生年月日及び住所
- (9) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号

(公示)

第6条 法第115条の27の規定による公示は、当該事業所に関する次に掲げる事項について行うものとする。

- (1) 介護保険事業所番号
- (2) 事業所の名称及び所在地
- (3) 事業所の指定の申請者の名称、主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所
- (4) 指定、指定の取消し又は指定の全部若しくは一部の効力の停止の年月日

(施行の細目)

第7条 この規則に定めるもののほか、指定介護予防支援事業所の指定等に関し  
必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

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）

※受付番号

指定介護予防支援事業所指定申請書

年 月 日

生駒市長 殿

申請者 所在地  
 名 称  
 代表者氏名 ㊟

介護保険法に規定する指定介護予防支援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。

※事業所所在地市町村番号

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	
氏 名					
代表者の住所		(郵便番号 - )			
		(ビルの名称等)			
事業所等の所在地		(郵便番号 - )			
		(ビルの名称等)			
当該申請に係る事業の開始の予定年月日			地域包括支援センターの設置年月日(設置している場合に記入)		

備考

- 1 ※欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」等の別を記入してください。
- 3 「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。
- 4 地域包括支援センターの設置の届出を既に行っている場合において、既に市長に提出している事項に変更がないときは、当該事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略することができます。

様式第2号（第3条関係）

変 更 届 出 書

年 月 日

生駒市長 殿

事業者 所在地  
 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	
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	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	定款、寄附行為等及びその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。）		
6	事業所の平面図	(変更後)	
7	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴		
8	運営規程		
9	当該申請に係る事業に係る介護予防サービス計画費の請求に関する事項		
10	役員 の 氏 名、生年月日及び住所		
11	介護支援専門員の氏名及びその登録番号		
変更年月日		年 月 日	

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。

様式第3号（第3条関係）

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

生駒市長 殿

事業者所在地  
名称  
代表者氏名



次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号	
廃止（休止・再開）する事業所	名称	
	所在地	
休止・廃止・再開の別	休止・廃止・再開	
休止・廃止・再開した年月日	年 月 日	
休止・廃止した理由		
現に介護予防支援を受けていた者に対する措置（休止・廃止した場合のみ）		
休止予定期間	年 月 日～年 月 日	

備考 事業の再開に係る届出にあつては、介護保険法施行規則に定める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。

様式第4号（第4条関係）

※受付番号

指定介護予防支援事業所指定更新申請書

年 月 日

生駒市長 殿

申請者 所在地  
名 称  
代表者氏名

㊟

介護保険法に規定する指定介護予防支援事業所に係る指定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。

※事業所所在地市町村番号

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 氏 名	生年月日
	代表者の住所	(郵便番号 - ) (ビルの名称等)			
	事業所	フリガナ 名称			
所在地		(郵便番号 - )			
連絡先		電話番号		FAX番号	
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。					
フリガナ 名称					
所在地		(郵便番号 - )			
連絡先		電話番号		FAX番号	
現に受けている指定の有効期間満了日					
役員の氏名、生年月日及び住所		別添のとおり			
誓約書		別添のとおり			
介護支援専門員の氏名及びその登録番号		別添のとおり			

備考

- ※欄には記載しないでください。
- 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。