

八幡浜市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定等に関する要綱

〔平成27年11月25日〕
要綱第26号

改正 平成28年5月16日要綱第19号
平成29年1月31日要綱第3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「施行規則」という。）に規定する介護予防・日常生活支援総合事業の事業者の指定等に関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱で使用する用語は、法で使用する用語の例による。

(指定の期間)

第3条 施行規則第140条の63の7の規定により市が定める期間は、6年とする。

(指定の申請)

第4条 法第115条の45の5第1項の規定により指定を受けようとする者は、指定申請書（様式第1号）に関係書類を添えて市長に提出するものとする。

(指定事業者の指定)

第5条 市長は、前条の申請があった場合においては、当該申請をした者について事業者の指定の適否を審査するものとする。

2 市長は、前項の規定により審査した結果、事業者の指定を行うときは、当該申請をした者に事業者指定通知書（様式第2号）により、指定を行わないときは、事業者指定申請却下通知書（様式第3号）により、当該申請をした者に通知するものとする。

3 前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。

(指定の拒否)

第6条 市長は、前条に規定する事業者の指定を行うことにより、八幡浜市介護保険事業計画に定める地域支援事業に係る計画量を超過する場合、その他の市

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と認められる場合においては、当該事業者の指定をしないことができる。

(変更の届出等)

第7条 指定事業者は、指定の申請内容に変更があったときは、変更届出書(様式第4号)を10日以内に市長に提出しなければならない。

2 指定事業者は、当該指定に係る事業を廃止し、又は休止しようとするときは、廃止・休止届出書(様式第5号)をその廃止又は休止の日の1月前までに市長に提出しなければならない。

3 指定事業者は、当該指定に係る事業を再開しようとするときは、再開届出書(様式第6号)を当該再開しようとする日の10日以内に市長に提出しなければならない。

4 指定事業者は、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1月以内に当該サービスを受けていた者であって、当該総合事業の廃止又は休止の日以降においても引き続き当該サービスの提供を希望する者に対し、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。

(指定の辞退)

第8条 指定事業者は、指定を受けた事業について辞退しようとするときは、指定辞退届出書(様式第7号)を、辞退しようとする日の1月前までに市長に提出しなければならない。

(指定の更新)

第9条 指定事業者は、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項の規定により指定の更新を受けようとするときは、指定更新申請書(様式第8号)に関係書類を添えて、当該指定の有効期間の満了の日の3月前までに市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請があった場合において、事業所の指定の更新を行うときは、当該申請をした者に事業者指定更新通知書(様式第9号)により、指定の更新を行わないときは、事業者指定更新申請却下通知書(様式第10号)により、当該申請をした者に通知するものとする。

3 前項の規定により指定の更新を受けた指定事業者は、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。

(指定の取消し等)

第10条 市長は、法第115条の45の9の規定により、指定事業者の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定事業者の指定の全部若しくは一部の効力を停止したときは、指定取消（効力停止）通知書（様式第11号）により当該指定事業者に通知するものとする。

(事業者情報の提供)

第11条 市長は、第4条から前条までの各規定による指定及び指定の更新、届出の受理、指定の取消し若しくは効力の停止（以下この条において、「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、次に掲げる事項を愛媛県、国民健康保険団体連合会その他の関係機関に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をした者及び主たる事業所の所在地並びに代表者及び役員に関する情報
- (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（事業廃止年月日、事業休止年月日、事業再開年月日、指定取消年月日又は指定停止年月日）
- (5) 運営規程
- (6) 介護保険事業所番号
- (7) その他市長が必要と認める事項

(委任)

第12条 この要綱に規定するもののほか、介護予防・日常生活支援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、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成28年2月1日から施行する。

(施行日前の準備行為)

- 2 この要綱の規定は、施行の日以後における介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定等に関し必要な行為に限り、この要綱の施行前においても、これらの規定の例により行うことができる。

(有効期間の特例)

- 3 平成28年3月31日までにこの要綱により指定を受けた事業者は、この要綱の規定にかかわらず、当該指定の有効期間の満了の日は、平成30年3月31日とする。

附 則 (平成28年5月16日要綱第19号)

(施行期日等)

- 1 この要綱は、公布の日から施行し、平成28年4月1日から適用する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の際現に存する様式は、この要綱による改正後の八幡浜市介護保険給付制限に関する要綱、八幡浜市妊婦一般健康診査費助成実施要綱及び八幡浜市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定等に関する要綱に定める様式とみなす。

附 則 (平成29年1月31日要綱第3号)

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成29年4月1日から施行する。ただし、第3項の規定は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の際現に存する様式第1号及び様式第8号の様式は、なお当分の間、適宜修正のうえ、この要綱による改正後の八幡浜市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定等に関する要綱に規定する様式として用いることができる。

(施行日前の準備行為)

- 3 この要綱の規定は、施行の日以後における介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定又は指定の更新に係る申請に関し必要な行為に限り、この要綱の施行前においても、これらの規定の例により行うことができる。

指定介護予防（訪問・通所）介護相当
サービス事業者
指定（訪問型・通所型）サービスA事業者

指 定 申 請 書

年 月 日

八幡浜市長 様

所在地

申請者 名 称

代表者職・名前



介護保険法（平成9年法律第123号）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	フリガナ					
	名 称					
	主たる事務所の所在地		(〒 ー) 都道府県 市区			
	連絡先		電話番号	FAX番号		
	法人の種類		法人の所轄庁			
	代表者の職・名前・生年月日		職名	フリガナ 名 前	生年月日 年 月 日	
指定を受けようとする事業所	フリガナ					
	事業所名称					
	事業所所在地		(〒 ー) 愛媛県 八幡浜市			
	連絡先		電話番号	FAX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等の 事業開始予定年月日	既に指定を受けている 事業等の指定年月日	様 式
	指定介護予防・生活支援サービス	訪問型サービス	介護予防訪問介護相当サービス			付表1
	通所型サービス	介護予防通所介護相当サービス				
	訪問型サービスA	通所型サービスA			付表2	
	通所型サービス	通所型サービスA				
	訪問型サービス	訪問介護				
	通所型サービス	通所介護				
	地域密着型サービス	地域密着型通所介護				
介護保険事業所番号		申請書担当者				
医療機関コード等		連絡先				

(裏面)

備考

- 1 「法人の種類別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」等の別を記入すること。
- 2 「法人の所轄庁」欄は、申請者が許可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。
- 3 「実施事業」欄は、今回の申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に○を記入すること。
- 4 「指定申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記入すること。
- 5 「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は、指定を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・指定施設の指定年月日（法第71条第1項又は法第72条第1項（法第115条の11において準用する場合を含む。）の規定により指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日）を記入すること。
- 6 「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局又は訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを記入すること。複数のコードを有する場合には、様式を補正して、そのすべてを記入すること。

付表 1 - 1

介護予防訪問介護相当サービス事業者・訪問型サービスA事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ												
	名称												
	所在地	(〒 -) 愛媛県 八幡浜市											
	連絡先	電話番号					FAX番号						
E-mailアドレス													
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文						第	条	第	項	第	号		
管理者	フリガナ												
	名前			住所	(〒 -)								
	生年月日												
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合記入)												
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)			事業所等名称									
			兼務する職種及び勤務時間等										
サービス提供責任者・訪問事業責任者	フリガナ												
	名前			住所	(〒 -)								
	フリガナ												
	名前			住所	(〒 -)								
従業者の職種・員数			訪問介護員・従事者等			利用者数 (前3月の平均)							
			専従	兼務	人								
常勤 (人)						届出の前月 人							
非常勤 (人)						届出の前々月 人							
常勤換算後の人数 (人)						届出の前々々月 人							
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日			
	営業時間	平日			~			土曜			日曜・祝日	~	
		備考											
	利用料	法定代理受領分											
		法定代理受領分以外											
	その他の費用												
通常の事業実施地域	①			②			③			④			⑤
	備考												
添付書類	別添のとおり												

* 注意事項、申請に必要な添付書類については、裏面を参照のこと

(裏面)

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付すること。
- 2 出張所等がある場合、所在地、従業者、営業時間等を付表1-2に記載すること。
- 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。
- 4 次に掲げる書類を添付すること
 - (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - (2) 事業所の平面図
 - (3) 事業所の管理者及びサービス提供責任者の経歴を記載した書類
 - (4) 運営規程
 - (5) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類
 - (6) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
 - (7) 当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書類
 - (8) 当該申請に係る事業に係る訪問型サービス費の請求に関する事項を記載した書類
 - (9) 介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書
 - (10) 役員の氏名、生年月日及び住所を記載した書類
 - (11) 当該指定介護予防訪問介護相当サービス以外のサービスを実施しようとするときは、当該指定介護予防訪問介護相当サービスに係る部分とそれ以外のサービスに係る部分の料金の状況が分かる料金表
- 5 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

付表 1 - 2

介護予防訪問介護相当サービス・訪問型サービスAを事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

事業所	フリガナ																
	名 称																
	所在地	(〒 -) 愛媛県 八幡浜市															
	連絡先	電話番号				FAX 番号				E-mail アドレス							
主な 掲 示 事 項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日							
	営業時間	平日				～			土曜		～		日曜・祝日		～		
	利用料	法定代理受領分															
	その他の費用	法定代理受領分以外															
	通常の実施地域	①			②			③			④			⑤			
	添付書類	備考															

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付すること。
- 2 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

付表2-1

介護予防通所介護相当サービス事業者・通所型サービスA事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ													
	名称													
	所在地	(〒 -) 愛媛県 八幡浜市												
	連絡先	電話番号				FAX番号					E-mailアドレス			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第	条	第	項	第	号				
管理者	フリガナ				住所	(〒 -)								
	名前													
	生年月日													
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)													
兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)		事業所等名称												
		兼務する職種及び勤務時間等												
実施単位数	単位	事業所で同時にサービスを行う利用者の上限				人	食堂及び機能訓練室の合計面積				m ²			
同一所在地において、通所型サービスAと通所介護又は地域密着型通所介護、介護予防通所介護相当サービスを提供する場合の実施方法					<input type="checkbox"/> 部屋が別 <input type="checkbox"/> 部屋を区切る <input type="checkbox"/> 時間帯を分ける <input type="checkbox"/> 曜日を分ける <input type="checkbox"/> その他()									
当該単位で実施するサービス(1単位目)					<input type="checkbox"/> 通所介護(地域密着型通所介護)、介護予防通所介護相当サービス、通所型サービスA <input type="checkbox"/> 通所介護(地域密着型通所介護)、介護予防通所介護相当サービス <input type="checkbox"/> 通所介護(地域密着型通所介護)、通所型サービスA <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護相当サービス、通所型サービスA <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護相当サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービスA									
従業者の職種・員数(単位別)(1単位目)		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		サービスA従事者				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
		常勤(人)												
非常勤(人)														
当該単位で同時にサービスを行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積					人		m ²							
主な 掲 示 事 項	定員	人			うち、通所型サービスAの定員							人		
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日				
	営業時間	平日		～		土曜		～	日曜・祝日		～			
	サービス提供時間	平日		～		土曜		～	日曜・祝日		～			
	利用料	法定代理受領分												
		法定代理受領分以外												
	その他の費用													
通常の事業実施地域	①	②		③		④		⑤						
	備考													
添付書類	別添のとおり													

* 注意事項、申請に必要な添付書類については、裏面を参照のこと

(裏面)

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付すること。
- 2 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあつては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、付表2-1(別紙)に記載し添付すること。
- 3 本事業所の所在地以外の場所で本事業の一部を実施するときは、付表2-2に必要事項を記載の上、添付すること。
- 4 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。
- 5 次に掲げる書類を添付すること。
 - (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - (2) 事業所の平面図及び設備の概要を記載した書類
 - (3) 事業所の管理者の経歴を記載した書類
 - (4) 運営規程
 - (5) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類
 - (6) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
 - (7) 当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書類
 - (8) 当該申請に係る事業に係る通所型サービス費の請求に関する事項を記載した書類
 - (9) 介護保険法(平成9年法律第123号)第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書
 - (10) 役員の氏名、生年月日及び住所を記載した書類
 - (11) 当該指定介護予防通所介護相当サービス以外のサービスを実施しようとするときは、当該指定介護予防通所介護相当サービスに係る部分とそれ以外のサービスに係る部分の料金の状況が分かる料金表
- 6 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

付表2-1 (別紙)

介護予防通所介護相当サービス事業者・通所型サービスA事業者(2単位目以降)

事業所	フリガナ													
	名称													
単位	当該単位で実施するサービス		<input type="checkbox"/> 通所介護（地域密着型通所介護）、介護予防通所介護相当サービス、通所型サービスA <input type="checkbox"/> 通所介護（地域密着型通所介護）、介護予防通所介護相当サービス <input type="checkbox"/> 通所介護（地域密着型通所介護）、通所型サービスA <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護相当サービス、通所型サービスA <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護相当サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービスA											
	当該単位で同時にサービスを行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積							人		㎡				
	従業者の職種・員数(単位別)		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		サービスA従事者			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤(人)													
	非常勤(人)													
	定員		人							うち、通所型サービスAの定員				人
	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日			
	営業時間		平日		～		土曜		～	日曜・祝日		～		
	備考													
単位	当該単位で実施するサービス		<input type="checkbox"/> 通所介護（地域密着型通所介護）、介護予防通所介護相当サービス、通所型サービスA <input type="checkbox"/> 通所介護（地域密着型通所介護）、介護予防通所介護相当サービス <input type="checkbox"/> 通所介護（地域密着型通所介護）、通所型サービスA <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護相当サービス、通所型サービスA <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護相当サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービスA											
	当該単位で同時にサービスを行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積							人		㎡				
	従業者の職種・員数(単位別)		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		サービスA従事者			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤(人)													
	非常勤(人)													
	定員		人							うち、通所型サービスAの定員				人
	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日			
	営業時間		平日		～		土曜		～	日曜・祝日		～		
	備考													

備考

- 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付すること。
- 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

付表 2 - 2

介護予防通所介護相当サービス・通所型サービス A を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

事業所	フリガナ				
	名称				
一部事業施設数			施設		
一部事業施設	フリガナ				
	名称				
	所在地	(〒 -) 愛媛県 八幡浜市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
実施するサービス		<input type="checkbox"/> 通所介護（地域密着型通所介護）、介護予防通所介護相当サービス、通所型サービス A <input type="checkbox"/> 通所介護（地域密着型通所介護）、介護予防通所介護相当サービス <input type="checkbox"/> 通所介護（地域密着型通所介護）、通所型サービス A <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護相当サービス、通所型サービス A <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護相当サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービス A			
同一所在地において、通所型サービス A と通所介護又は地域密着型通所介護、介護予防通所介護相当サービスを提供する場合の実施方法		<input type="checkbox"/> 部屋が別 <input type="checkbox"/> 部屋を区切る <input type="checkbox"/> 時間帯を分ける <input type="checkbox"/> 曜日を分ける <input type="checkbox"/> その他 ()			
事業所で同時にサービスを行う利用者の上限		人			
従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		
	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤 (人)				
非常勤 (人)					
食堂及び機能訓練室の合計面積		m ²			
主な 掲示 事項	定員	人			
	営業日	日	月	火	
	営業時間	平日	~	土曜	~
		備考			
	利用料	法定代理受領分			
		法定代理受領分以外			
	その他の費用				
通常の事業実施区域	①	②	③	④	
備考					
添付書類	別添のとおり				

備考

- 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付すること。
- 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

添付書類 一部事業施設の平面図（設備、備品概要を含む）

第 年 月 日
号 日

様

八幡浜市長

印

事業者指定通知書

標記の件について、介護保険法第115条の45の5第1項の規定により指定事業者として指定しましたので、通知します。

記

指定事業者の名称	
主たる事務所の所在地	
事業所の名称	
所在地	
代表者の氏名	
介護保険事業所番号	
サービス種類	
指定年月日	
指定の有効期間の満了日	

第 年 月 日
号 日

様

八幡浜市長

印

事業者指定申請却下通知書

年 月 日付けで申請のあった事業者に係る指定については、介護保険法第115条の45の5第2項の規定により、指定することができませんので通知します。

記

却下理由

教 示

1 審査請求について

この処分に不服がある場合には、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に八幡浜市に対して審査請求をすることができます。

ただし、この処分があった日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定があった日の翌日から起算して1年が経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分に対する取消の訴えは、この処分があったことを知った日（1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6月以内に、八幡浜市を被告として訴えを提起しなければなりません。この場合、訴訟において八幡浜市を代表するものは八幡浜市長になります。

ただし、この処分があったことを知った日（1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6月以内であっても、この処分の日（1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）翌日から起算して1年が経過したときは、処分の取消の訴えを提起することができなくなります。

変 更 届 出 書

年 月 日

八 幡 浜 市 長 様

所在地

事業者名称

代表者職・名前

印

指定を受けた内容を変更しましたので、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

		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（申請者）の名称								
4	主たる事務所の所在地								
5	代表者の名前、生年月日、住所及び職名								
6	定款・寄附行為等及びその登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。）								
7	事業所の建物の構造概要及び平面図								
8	事業所の管理者の名前、生年月日及び住所	(変更後)							
9	サービス提供責任者（訪問事業責任者）の名前、生年月日及び住所								
10	運営規程								
11	役員の名前、生年月日及び住所								
12	介護予防・生活支援サービス費の請求に関する事項								
13	その他の事項								
変 更 年 月 日		年 月 日							
届 出 書 担 当 者		連絡先							

備考 該当項目番号に○印を付すこと。

添付書類 変更内容が分かる書類

廃止・休止届出書

年 月 日

八幡浜市長様

所在地

事業者名称

代表者職・名前

⑩

次のとおり事業所を廃止（休止）しますので届け出ます。

	介護保険事業所番号														
廃止（休止）する事業所	名称														
	(ー) 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															
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置															
休止予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日														
届出書担当者					連絡先										

備考 廃止・休止する日の1月前までに届け出ること。

再開届出書

年 月 日

八幡浜市長様

所在地

事業者名称

代表者職・名前

㊞

次のとおり事業を再開する予定ですので届け出ます。

	介護保険事業所番号																		
再開する事業所	名称																		
	(〒 —)																		
	所在地																		
サービスの種類																			
再開予定年月日	年 月 日																		
届出書担当者					連絡先														

添付書類 当該事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態に関する書類

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

八 幡 浜 市 長 様

所在地

事業者名称

代表者職・名前

㊞

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									
指定を辞退する事業者	名称									
	所在地 (千 ー)									
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										
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置										
届出書担当者				連絡先						

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出ること。

指定介護予防（訪問・通所）介護相当
サービス事業者
指定（訪問型・通所型）サービスA事業者

指定更新申請書

年 月 日

八幡浜市長 様

所在地

申請者 名 称

代表者職・名前



介護保険法(平成9年法律第123号)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。

介護保険事業者番号										
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申請者	フリガナ									
	名 称									
	主たる事務所の所在地		(〒 —)		都道府県		郡市区			
	連絡先		電話番号			FAX番号				
	法人の種類別				法人の所轄庁					
	代表者の職・名前・生年月日		職 名		フリガナ		生年月日			
				名 前		年 月 日				
代表者の住所		(〒 —)		都道府県		郡市区				
更新を受けようとする事業所	フリガナ									
	事業所の名称									
	事業所の所在地		(〒 —)		愛媛県		八幡浜市			
	連絡先		電話番号			FAX番号				
	事業所の種類		実施事業		既に受けている指定の有効期間満了日		様 式			
	訪問型サービス		介護予防訪問介護相当サービス						付表1	
訪問型サービスA										
通所型サービス		介護予防通所介護相当サービス						付表2		
通所型サービスA										
申請書担当者					連絡先					

備考

- 「法人の種類別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」等の別を記入すること。
- 「法人の所轄庁」欄は、申請者が許可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。
- 「実施事業」欄は、今回の更新申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に○を記入すること。
- 「既に受けている指定の有効期間満了日」欄は、更新を受けようとする事業所及び同一所在地にある指定事業所の指定の有効期間満了日を記入すること。

第 年 月 日
号 日

様

八幡浜市長

印

事業者指定更新通知書

年 月 日付けで指定更新の申請がありました事業所については、介護保険法第115条の45の6第4項の規定により準用する同法第115条の45の5第1項の規定により、下記の通り指定を更新したので、通知します。

記

指定事業者の名称	
主たる事務所の所在地	
事業所の名称	
所在地	
代表者の氏名	
介護保険事業所番号	
サービス種類	
指定更新年月日	
指定の有効期間の満了日	

第 年 月 日
号 日

様

八幡浜市長

印

事業者指定更新申請却下通知書

年 月 日付けで更新申請のあった事業者に係る指定については、介護保険法第115条の4の5第4項の規定により準用する同法第115条の4の5第2項の規定により、指定の更新をすることができませんので、申請を却下します。

記

却下理由

教 示

1 審査請求について

この処分に不服がある場合には、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に八幡浜市に対して審査請求をすることができます。

ただし、この処分があった日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定があった日の翌日から起算して1年が経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分に対する取消の訴えは、この処分があったことを知った日（1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6月以内に、八幡浜市を被告として訴えを提起しなければなりません。この場合、訴訟において八幡浜市を代表するものは八幡浜市長になります。

ただし、この処分があったことを知った日（1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6月以内であっても、この処分の日（1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して1年が経過したときは、処分の取消の訴えを提起することができなくなります。

第 年 月 日
第 年 月 日

様

八幡浜市長

印

指定事業者指定取消し（効力停止）通知書

年 月 日付け第 号で指定した事業者について、介護保険法第115条の45の9の規定により、次のとおり指定の取消し（効力の停止）をしましたので通知します。

記

- 1 事業者名
- 2 事業所の所在地
- 3 介護保険事業所番号
- 4 サービスの種類等
- 5 取消し（効力停止）の理由
- 6 指定取消し（効力停止）年月日 年 月 日
（効力停止の期間 年 月 日 ～ 年 月 日）

教 示

- 1 審査請求について
この処分不服がある場合には、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に八幡浜市に対して審査請求をすることができます。
ただし、この処分があった日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定があった日の翌日から起算して1年が経過したときは、審査請求をすることができなくなります。
- 2 取消訴訟について
この処分に対する取消の訴えは、この処分があったことを知った日（1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6月以内に、八幡浜市を被告として訴えを提起しなければなりません。この場合、訴訟において八幡浜市を代表するものは八幡浜市長になります。
ただし、この処分があったことを知った日（1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6月以内であっても、この処分の日（1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して1年が経過したときは、処分の取消の訴えを提起することができなくなります。