

様式第1号（第7条関係）

審査基準・標準処理期間整理票

処分の内容	指定介護予防支援事業者の指定の更新		
根拠法令及び条項	介護保険法第115条の22		
審査基準	<input checked="" type="checkbox"/> 有（第4条第1項に該当する場合を含む。） <input type="checkbox"/> 無（根拠：第4条第2項第 号に該当）		
	公表 <input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない（公表しない場合の根拠：第7条第4項第 号に該当）		
	【内容】 （※審査基準を公表する場合のみ記載すること。） ・蓮田市指定介護予防支援事業所の指定等に関する規則（平成18年3月28日規則第号） ※別添条例参照		
審査基準設定年月日	平成18年4月1日	審査基準最終変更年月日	令和4年1月1日
標準処理期間	<input checked="" type="checkbox"/> 有（第6条において準用する第4条第1項に該当する場合を含む。） 期間（申請のあった日の翌日から起算して30日以内） <input type="checkbox"/> 無（根拠：第6条において準用する第4条第2項第 号に該当）		
標準処理期間設定年月日	平成18年4月1日	標準処理期間最終変更年月日	年 月 日
所管部署	健康福祉部 長寿支援課		
備考			

注 許認可等をするかどうかの判断基準が法令又は条例等において具体的に規定し尽くされているため審査基準を設定する必要がない場合は、その旨及び当該法令の定めを審査基準の内容欄に記載すること。

○蓮田市指定介護予防支援事業所の指定等に関する規則

平成18年3月28日規則第11号

改正

平成21年3月24日規則第4号

平成30年11月27日規則第18号

令和3年12月17日規則第36号

蓮田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22第1項の規定による申請は、様式第1号の指定申請書により行うものとする。

2 法第115条の22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25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様式第2号の変更届出書により、事業の廃止、休止、又は再開に係るものにあつては様式第3号の廃止・休止、再開届出書により、それぞれ行うものとする。

(指定の更新の届出)

第4条 法第115条の31において準用する法第70条の2の規定による申請は、様式第4号の指定更新申請書により行うものとする。

(都道府県への情報提供)

第5条 市長は、前3条の規定による指定、指定の更新又は届出の受理（以下この条において「指定等」という。）をしたときは、都道府県、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、次に掲げる事項を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者の名称及び主たる事業所の所在地並びにその代表者の氏名、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) 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30の規定による公示は、法第115条の30各号の措置に係る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) 指定介護予防支援事業所の名称及び所在地
 - (3) 当該事業所の指定の申請者の名称及び主たる事業所の所在地並びに代表者の氏名
 - (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
- (その他)

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

(施行期日)

- 1 この規則は、平成18年4月1日から施行する。
(指定等を行うために必要な準備)
- 2 市長は、この規則の施行日前においても、指定介護予防支援事業所の指定に関し必要な手続を行うことができる。

附 則（平成21年 3月24日規則第4号）

この規則は、平成21年 5月 1日から施行する。

附 則（平成30年11月27日規則第18号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和 3年12月17日規則第36号抄）

（施行期日）

- 1 この規則は、令和 4年 1月 1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則の施行の際現にある改正前の様式による用紙は、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

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

蓮 田 市 長 宛て

所在地
申請者
名 称

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、下記のとおり、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	フリガナ 名称			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市 (ビルの名称等)		
請	連絡先	電話番号	FAX番号	
	法人の種別	法人所轄庁		
者	代表者の職・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 ー) 県 郡市 (ビルの名称等)		
事業所等の所在地		(郵便番号 ー) 県 郡市 (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

- 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記入しないでください。
- 「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。
- 「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入してください。
- 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、提出している事項に変更がないときは、これらの事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略させることができる。

様式第2号（第3条関係）

変 更 届 出 書

年 月 日

蓮 田 市 長 宛て

住 所
 (所 在 地)
 事業者 氏 名
 (名称及び代表者氏名)

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（施設）		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	申請者の名称								
4	主たる事務所の所在地								
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名								
6	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。）	(変更後)							
7	事業所の平面図								
8	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所								
9	運営規程								
10	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

蓮田市 長 宛て

住 所
 （所在地）
 事業者 氏 名
 （名称及び代表者氏名）

次のとおり事業の廃止（休止・再開）をいた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								
廃止・休止・再開の別	廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開								
廃止・休止・再開した年月日	年 月 日								
廃止・休止した理由									
現に介護予防支援を受けていた者に対する措置（廃止・休止した場合のみ）									
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っては、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

蓮 田 市 長 宛て

所在地
申請者
名 称

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、下記のとおり、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 ー) 県 都市 ----- (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 ー) 県 都市 ----- (ビルの名称等)		
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 都市 ----- (ビルの名称等)		
事 業 所	フリガナ 名称	-----		
	所在地	(郵便番号 ー)		
	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 ー)		
	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				
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

- 1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記入しないでください。
- 2 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。