

横浜市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定に関する要綱

制定 平成27年12月18日 健高在第893号（局長決裁）
最近改正 令和5年10月1日 健介事第871号（局長決裁）

（主旨）

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「省令」という。）に定めるもののほか、横浜市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（平成27年12月18日健高在第893号）に規定する横浜市訪問介護相当サービス、横浜市訪問型生活援助サービス及び横浜市通所介護相当サービスの指定事業者の指定に関し、必要な事項を定めるものとする。

（用語の定義）

第2条 この要綱における用語の意義は、法、省令、介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針（平成27年厚生労働省告示第196号）及び地域支援事業実施要綱（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知「地域支援事業の実施について」別紙）の例による。

（指定の申請等）

第3条 法第115条の45の5第1項の規定による申請は、介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所指定申請書（第1号様式）により行うものとする。
2 法第115条の45の5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。

（指定の更新の申請等）

第4条 法第115条の45の6第1項の規定による指定の更新に係る申請は、介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所指定更新申請書（第4号様式）により行うものとする。
2 法第115条の45の6第1項の規定により指定の更新を受けた者は、その旨を当該更新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5条 指定の申請事項の変更に係るものにあつては介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所変更届出書（第2号様式）により、事業の再開に係るものにあつては介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所再開届出書（第2号の2様式）により、事業の廃止又は休止に係るものにあつては介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所廃止・休止届出書（第3号様式）により行うものとする。

（加算の届出）

第6条 横浜市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱別添1に掲げる第1号事業支給費の算定に係る届出については、介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書〈指定事業者用〉（別紙36）により行うものとする。

（添付書類）

第7条 第3条申請書には、第1号様式中に規定する付表のほか、その別記に掲げる書類を添付するものとする。ただし、横浜市訪問介護相当サービス又は横浜市通所介護相当サービスと訪問介護又は通所介護若しくは地域密着型通所介護の事業が同一の事業所において一体的に運営されており、かつ、訪問介護又は通所介護若しくは地域密着型通所介護を行う者の申請又は届出と併せて行う場合には一部書類の添付を省略することができる。

2 第4条及び第5条に規定する申請書又は届出書には、前項の規定に準じ必要な書類を添付するものとする。ただし、第4条については届出済みの内容から変更がない場合、本市が指定する書類については省略可能とする。

（事業者情報の提供）

第8条 市長は、第3条から第6条までの規定による申請又は届出の受理をしたときは、指定事業者に関する情報のうち、次に掲げる事項を都道府県、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第45条第5項に規定する国民健康保険団体連合会その他の機関に対して提供することができる。

- (1) 事業所の名称及び所在地
- (2) 申請者又は届出者の名称及び主たる事務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（これらの更新又は変更を含む。）、廃止、休止又は再開の年月日
- (4) 事業開始年月日
- (5) 運営規程
- (6) 介護保険事業所番号
- (7) 事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所
- (8) 役員の氏名、生年月日及び住所
- (9) その他市長が必要と認める事項

（委任）

第9条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行に関し必要な事項は、健康福祉局高齢健康福祉部高齢在宅支援課長及び介護事業指導課長が別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年7月15日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年9月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和5年10月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際現にこの要綱による改正前の横浜市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定に関する要綱の規定により作成されている様式書類は、なお当分の間、適宜修正の上使用することができる。

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

殿 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 氏 名		生年 月 日
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 checked="" type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
指定事業を受けようとする	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

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所

変更届出書

年 月 日

殿 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 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。
 2 「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2号の2様式

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所

再開届出書

年 月 日

殿

所在地

申請者

名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号
再開した事業所	名称	
	所在地	
サービスの種類		
再開した年月日	年	月 日

第3号様式

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所

廃止・休止届出書

年 月 日

殿 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。

	介護保険事業所番号
廃止(休止)する事業所	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。

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所

指定更新申請書

年 月 日

殿 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 「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。

付表1 訪問型サービス事業所の指定に係る記載事項

サービス種類(該当に○)		介護予防訪問介護相当サービス		緩和した基準による訪問型サービス		定率		
						定額		
事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -)		都道 府県	市区 町村			
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号			
		Email						
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)			
	氏名							
	生年月日							
	訪問介護員等との兼務の有無				□有		□無	
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		名称					
			兼務する職種及び勤務時間等					
○人員に関する基準の確認に必要な事項								
従業者の職種・員数		訪問介護員等						
		専従			兼務			
		常勤(人)						
		非常勤(人)						
		常勤換算後の人数(人)						
利用者の推定数(人)								
サービス提供責任者 ※介護予防訪問介護相当サービス該当時	フリガナ			住所	(郵便番号 -)			
	氏名							
	フリガナ			住所	(郵便番号 -)			
	氏名							
添付書類	別添のとおり							

(訪問型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 -)		都道 府県	市区 町村		
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号		
		Email					

- 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してください。
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 3 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

付表2 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項

サービス種類(該当に○)		介護予防通所介護相当サービス		緩和した基準による通所型サービス		定率		
						定額		
事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -)		都道府県		市区町村		
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号			
管理者	フリガナ			住所		(郵便番号 -)		
	氏名							
	生年月日							
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)							
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称							
	兼務する職種及び勤務時間等							
○設備に関する基準の確認に必要な事項								
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡		利用定員(同時利用)		人		
サービス提供単位1	○人員に関する基準の確認に必要な事項							
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従 兼務
	常勤(人)							
	非常勤(人)							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項							
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日 祝日
		その他(年末年始休日等)						
	営業時間	平日	:		~		:	
		曜日ごとに異なる場合記入	土曜日	:		~		:
日曜日・祝日	:		~		:			
サービス提供時間	:		~		:			
利用定員	人							
サービス提供単位2	○人員に関する基準の確認に必要な事項							
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従 兼務
	常勤(人)							
	非常勤(人)							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項							
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日 祝日
		その他(年末年始休日等)						
	営業時間	平日	:		~		:	
		曜日ごとに異なる場合記入	土曜日	:		~		:
日曜日・祝日	:		~		:			
サービス提供時間	:		~		:			
利用定員	人							
サービス提供単位3	○人員に関する基準の確認に必要な事項							
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従 兼務
	常勤(人)							
	非常勤(人)							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項							
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日 祝日
		その他(年末年始休日等)						
	営業時間	平日	:		~		:	
		曜日ごとに異なる場合記入	土曜日	:		~		:
日曜日・祝日	:		~		:			
サービス提供時間	:		~		:			
利用定員	人							
添付書類	別添のとおり							

(通所型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ								
	名称								
	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								
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡		利用定員(同時利用)			人		
サービス提供単位1	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間	:		~		:			
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:		
		土曜日	:		~		:		
		日曜日・祝日	:		~		:		
	サービス提供時間	:		~		:			
利用定員	人								
サービス提供単位2	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間	:		~		:			
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:		
		土曜日	:		~		:		
		日曜日・祝日	:		~		:		
	サービス提供時間	:		~		:			
利用定員	人								
サービス提供単位3	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間	:		~		:			
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:		
		土曜日	:		~		:		
		日曜日・祝日	:		~		:		
	サービス提供時間	:		~		:			
利用定員	人								
添付書類	平面図								

- 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してください。
 - 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 - 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
 - 4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
 - 5 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

別記

<p>付 表 1 の 添 付 書 類</p>	<p>【横浜市訪問介護相当サービス】 (サービス種類：介護予防訪問介護相当サービス)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 登記事項証明書又は条例等 2. 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 3. サービス提供責任者の経歴又は介護福祉士登録証の写し等 4. 平面図 5. 運営規程 6. 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 7. 誓約書 8. その他指定に関し必要と認める事項 <p>【横浜市訪問型生活援助サービス】 (サービス種類：緩和した基準による訪問型サービス)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 訪問介護事業所の指定通知書の写し【同時申請の場合は不要】 2. 運営規程 3. その他指定に関し必要と認める事項
<p>付 表 2 の 添 付 書 類</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 登記事項証明書又は条例等 2. 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 3. 平面図 4. 設備等一覧表 5. 運営規程 6. 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 7. 誓約書 8. その他指定に関し必要と認める事項

受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

令和 年 月 日

市町村長 殿

所在地

名称

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 群市 (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・氏名	職名		氏名		
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 群市				
事業所・施設の状況	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー) 県 群市				
	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) 県 群市				
	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) 県 群市				
届出を行う事業所・施設の種類の種類	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(許可)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)
	訪問型サービス(独自)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問型サービス(独自・定率)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問型サービス(独自・定額)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所型サービス(独自)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所型サービス(独自・定率)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所型サービス(独自・定額)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
介護保険事業所番号						
特記事項	変更前			変更後		
関係書類		別添のとおり				

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」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 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字の横の□
 6 「異動項目」欄には、(別紙1-4)「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
 8 「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」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。