

大分市介護予防・日常生活支援総合事業における訪問型サービスC及び通所型サービスCの実施に関する要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、大分市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（平成29年2月1日施行。以下「総合事業実施要綱」という。）第2条第1号ア(イ)に規定する訪問型サービスC（以下「訪問型サービスC」という。）及び同号イ(ウ)に規定する通所型サービスC（以下「通所型サービスC」という。）（以下「事業」という。）の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

(事業の実施)

第2条 市長は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の47第5項に規定する厚生労働省令で定める基準に適合する法人であって、事業を適切に実施することができると市長が認めるものへの委託により事業を実施するものとする。

(対象者)

第3条 事業の対象となる者（以下「対象者」という。）は、総合事業実施要綱第4条第1号に掲げる者であって、次の各号に掲げる事業の区分に応じ当該各号に定めるものとする。

- (1) 訪問型サービスC 通所型サービスCを利用する者のうち、介護予防支援事業（法第8条の2第16項に規定する介護予防支援事業をいう。以下同じ。）又は第1号介護予防支援事業（総合事業実施要綱第2条第1号ウに規定する第1号介護予防支援事業をいう。以下同じ。）において、生活行為の改善が必要であると判断された者
- (2) 通所型サービスC 介護予防支援事業又は第1号介護予防支援事業において、通所型サービスCの利用が必要であると判断された者

(利用の申出等)

第4条 対象者のうち事業の利用を希望する者は、大分市介護予防・日常生活支援総合事業（訪問型サービスC・通所型サービスC）利用申出書（別記様式）に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

- (1) 基本チェックリスト
- (2) 事業の利用に係る同意書
- (3) その他市長が必要と認める書類

2 市長は、前項の規定による申出をした対象者を利用者名簿に登録するものとする。

(届出)

第5条 前条第2項の登録（以下「登録」という。）を受けて事業を利用する者（以下「利用者」という。）は、次の各号のいずれかに該当するときは、速やかにその旨を市長に届け出なければならない。

- (1) 事業を利用する必要がなくなったとき。
- (2) 入院等により事業を利用することができなくなったとき。
- (3) 住所、氏名その他の申出書に記載した事項に変更が生じたとき。
- (4) 利用する事業者（第2条の委託を受けて事業を実施する者をいう。以下同じ。）を変更しようとするとき。

(登録の取消し)

第6条 市長は、利用者が次の各号のいずれかに該当するときは、その登録を取り消すものとする。

- (1) 前条第1号又は第2号に該当する旨の届出を受けたとき。
- (2) 市外に転出し、又は死亡したとき。
- (3) その他事業を利用することが適当でないと市長が認めたとき。

(利用の制限)

第7条 訪問型サービスCの利用は、一の利用者につき3月の間で3回を限度とする。

2 通所型サービスCの利用は、おおむね3月を限度とする。ただし、市長が継続して通所型サービスCの利用が必要であると認めるときは、その期間をおおむね6月とすることができる。

(利用者負担)

第8条 利用者は、次の各号に掲げる事業の区分に応じ当該各号に定める額の利用料を事業者に支払うものとする。この場合において、通所型サービスCの利用に係る利用料は、1,500円(前条第2項ただし書の規定の適用を受ける場合は、3,000円)を上限とする。

(1) 訪問型サービスC 0円

(2) 通所型サービスC 1月につき500円

2 利用者は、前項に定める利用料のほか、事業の利用に際して食糧費その他の市長が認める実費が生じたときは、これを事業者に支払わなければならない。

(補則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4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6年4月1日から施行する。

大分市介護予防・日常生活支援総合事業(訪問型サービスC・通所型サービスC) 利用申出書

大分市長 殿

私は、大分市介護予防・日常生活支援総合事業(訪問型サービスC・通所型サービスC)を利用したいので、次のとおり申し出ます。

申出者	フリガナ			性別	男・女
	氏名			電話番号	
	住所	大分市			
	生年月日	年 月 日 (歳)		介護保険 被保険者番号	
緊急連絡先	住所	電話番号 () -			
	フリガナ			続柄	
	氏名				
かかりつけ 医療機関	電話番号 () -				
※以下、地域包括支援センター記載欄					
対象者区分	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2	有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
利用申請の経緯	<input type="checkbox"/> 1 本人又は家族からの相談 <input type="checkbox"/> 2 民生委員からの情報提供 <input type="checkbox"/> 3 地域住民からの情報提供 <input type="checkbox"/> 4 医療機関からの情報提供 <input type="checkbox"/> 5 地域包括支援センターからの紹介 □実態把握等の訪問から □介護予防教室等から □その他() <input type="checkbox"/> 6 要支援・要介護からの移行 <input type="checkbox"/> 7 以前利用したことがある <input type="checkbox"/> 8 その他()		1~3を選択した場合、何を見て知ったか <input type="checkbox"/> 市報 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他()		
担当包括 担当者	()地域包括支援センター 担当者名:				
委託時:計画作成事業所・担当者	計画作成事業所() 担当者名:				
利用する 事業者名	(訪問・通所) 事業者の受付済 <input type="checkbox"/>				
通いの場等 参加状況	有() - 無				

の項目は、大分市介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書と同時に提出する場合は、省略可能

継続申請 (利用申出書コピー、チェックリスト、継続時のケアプランを提出)