

大分市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱

施行	平成29年	2月	1日
一部改正	平成29年	4月27日	
一部改正	平成30年	4月	1日
一部改正	平成30年	8月	1日
一部改正	平成30年	10月	1日
一部改正	令和2年	4月	1日
一部改正	令和3年	4月	1日

(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。）

第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の実施について、法、介護保険法施行令（平成10年政令第412号。以下「政令」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、必要な事項を定めるものとする。

(事業の内容)

第2条 市長は、総合事業として次に掲げる事業を行うものとする。

(1) 法第115条の45第1項第1号に規定する第1号事業のうち次に掲げる事業（以下「第1号事業」という。）

ア 法第115条の45第1項第1号イに規定する第1号訪問事業のうち次に

掲げるサービスを提供する事業

(7) 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。以下「国実施要綱」という。）別記1第2の1(1)イ(7)①に規定する訪問介護員等によるサービス（以下「介護予防訪問介護相当サービス」という。）

(イ) 国実施要綱別記1第2の1(1)イ(7)②に規定する訪問型サービスA（以下「訪問型サービスA」という。）

(ウ) 国実施要綱別記1第2の1(1)イ(7)③に規定する訪問型サービスB（以下「訪問型サービスB」という。）

(エ) 国実施要綱別記1第2の1(1)イ(7)④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。）

イ 法第115条の45第1項第1号ロに規定する第1号通所事業のうち次に掲げるサービスを提供する事業

(7) 国実施要綱別記1第2の1(1)イ(イ)①に規定する通所介護事業者の従事者によるサービス（以下「介護予防通所介護相当サービス」という。）

(イ) 国実施要綱別記1第2の1(1)イ(イ)②に規定する通所型サービスA（以下「通所型サービスA」という。）

(ウ) 国実施要綱別記1第2の1(1)イ(イ)④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。）

ウ 法第115条の45第1項第1号ニに規定する第1号介護予防支援事業（以下「第1号介護予防支援事業」という。）

(2) 法第115条の45第1項第2号の規定により実施する事業（以下「一般介護

予防事業」という。)のうち次に掲げる事業

ア 国実施要綱別記1第2の1(2)イ(ア)に規定する介護予防把握事業

イ 国実施要綱別記1第2の1(2)イ(イ)に規定する介護予防普及啓発事業

ウ 国実施要綱別記1第2の1(2)イ(ウ)に規定する地域介護予防活動支援事業

エ 国実施要綱別記1第2の1(2)イ(エ)に規定する一般介護予防事業評価事業

オ 国実施要綱別記1第2の1(2)イ(オ)に規定する地域リハビリテーション活動
支援事業

(実施方法)

第3条 市長は、次の各号に掲げる事業について、当該各号に定める方法により総合事業を実施するものとする。

(1) 介護予防訪問介護相当サービス及び介護予防通所介護相当サービス 指定事業者(法第115条の45の3第1項に規定する指定事業者をいう。以下同じ。)による実施

(2) 訪問型サービスA及び通所型サービスA 指定事業者による実施又は法第115条の47第4項の規定による委託(以下「委託」という。)による実施

(3) 訪問型サービスB 省令第140条の62の3第1項第2号の規定による補助による実施

(4) 訪問型サービスC、通所型サービスC及び第1号介護予防支援事業 委託による実施

(対象者)

第4条 総合事業の対象となる者は、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定め

る者とする。

- (1) 第1号事業 法第115条の45第1項第1号に規定する居宅要支援被保険者等
- (2) 一般介護予防事業 法第115条の45第1項第2号に規定する被保険者
(事業対象者の確認)

第5条 第1号事業の利用を希望する者（居宅要支援被保険者（法第53条第1項に規定する居宅要支援被保険者をいう。以下同じ。）である者を除く。）は、省令第140条の62の4第2号に掲げる者（以下「事業対象者」という。）であることの確認（以下「確認」という。）を受けなければならない。

2 前項の規定による確認を受けようとする者（以下「申請者」という。）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（様式第1号）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) 介護保険被保険者証
- (2) 介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書（様式第2号）
- (3) その他市長が必要と認める書類

3 前項の規定による申請は、訪問型サービスC及び通所型サービスCのみを利用する者（以下「サービスCのみ利用者」という。）に限り行うことができる。ただし、次に掲げる者にあつては、この限りでない。

- (1) 要支援認定（法第19条第2項に規定する要支援認定をいう。以下同じ。）の有効期間が満了した後において、引き続いて要支援認定を受けるための法第33条第2項の規定による更新の申請を行わない者
- (2) その他やむを得ない事情により、第1号事業の利用が必要であると市長が認め

る者

- 4 市長は、第2項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、申請者が事業対象者に該当すると認めるときは、大分市介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認通知書（様式第3号）により、当該申請者に通知するものとする。

（確認の有効期間等）

第6条 確認の有効期間は、前条第2項の規定による申請をした日から4年（サービスCのみ利用者又は前条第3項第2号に掲げる者にあつては、6月）を経過する日の属する月（当該申請をした日が月の初日である場合にあつては、4年（サービスCのみ利用者又は前条第3項第2号に掲げる者にあつては、6月）を経過する日の属する月の前月）の末日までとする。

- 2 前項の規定にかかわらず、要支援認定の有効期間が満了した後において引き続き確認を受けた者に係る確認の有効期間は、当該要支援認定の有効期間が満了した日の翌日から起算するものとする。

- 3 確認を受けた者で、当該確認に係る有効期間が満了した後において引き続き確認を受けようとするものは、当該確認に係る有効期間の満了する日の60日前から有効期間の満了する日の前日までの間に、確認の更新の申請をしなければならない。この場合において、更新した確認の有効期間は、更新する前の確認の有効期間が満了した日の翌日から起算するものとする。

- 4 前条第2項及び第4項の規定は、前項の規定による確認の更新の申請について準用する。

（利用者負担）

第7条 総合事業の利用者は、次の各号に掲げる事業の区分に応じ、当該各号に定め

る額を負担するものとする。

- (1) 介護予防訪問介護相当サービス、訪問型サービスA、介護予防通所介護相当サービス及び通所型サービスA 事業の実施に要する費用の額として市長が別に定める額に100分の10（法第59条の2第1項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者（同条第2項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者を除く。）にあつては100分の20（政令第29条の2第3項各号に掲げる場合を除く。）、法第59条の2第2項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者にあつては100分の30（政令第29条の2第6項各号に掲げる場合を除く。）を乗じて得た額
- (2) 訪問型サービスB 第3条第3号の規定による補助の対象となる者が定める額
- (3) 訪問型サービスC及び通所型サービスC 市長が別に定める額
(支給限度額)

第8条 総合事業の利用者が、要支援認定又は確認の有効期間に係る日が属する月についてそれぞれ当該月の初日からの1月間において利用した総合事業に係る第1号事業支給費（法第115条の45の3第2項に規定する第1号事業支給費をいう。以下同じ。）の合計額（居宅要支援被保険者にあつては、法第55条第1項に規定する合計額を含む。）は、居宅介護サービス費等区分支給限度基準額及び介護予防サービス費等区分支給限度基準額（平成12年厚生省告示第33号）第2号イの規定（自立支援のため集中的なサービスの利用が必要な場合等利用者の状態により市長が必要と認める場合にあつては、同告示第2号ロの規定）により算定した額（居宅要支援被保険者にあつては、法第55条第1項に規定する介護予防サービス費等

区分支給限度基準額を基礎として、厚生労働省令で定めるところにより算定した額)の100分の90(法第59条の2第1項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者(同条第2項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者を除く。))にあつては100分の80(政令第29条の2第3項各号に掲げる場合を除く。)、法第59条の2第2項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者にあつては100分の70(政令第29条の2第6項各号に掲げる場合を除く。)に相当する額を超えることができない。

(高額介護予防サービス費相当事業)

第9条 市長は、総合事業の利用者が利用したサービスに係る第1号事業支給費の合計額に90分の100(法第59条の2第1項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者(同条第2項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者を除く。))にあつては80分の100(政令第29条の2第3項各号に掲げる場合を除く。)、法第59条の2第2項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者にあつては70分の100(政令第29条の2第6項各号に掲げる場合を除く。)を乗じて得た額から、当該費用につき支給された第1号事業支給費の合計額を控除して得た額(居宅要支援被保険者にあつては、法第61条第1項に規定する介護予防サービス利用者負担額から高額介護予防サービス費(同項に規定する高額介護予防サービス費をいう。以下同じ。)を減じて得た額を含む。)が、著しく高額であるときは、当該利用者に対し、高額介護予防サービス相当費を支給する。

2 前項に規定するもののほか、高額介護予防サービス相当費の支給については、高額介護予防サービス費の例による。

3 高額介護予防サービス相当費の支給を受けようとする者は、高額介護予防サービ

ス相当費支給申請書（様式第4号）を市長に提出しなければならない。

（高額医療合算介護予防サービス費相当事業）

第10条 市長は、総合事業（指定事業者により実施される事業に限る。）の利用者に係る負担額（前条第1項の高額介護予防サービス相当費が支給される場合にあっては、当該支給額に相当する額を控除して得た額とし、かつ、居宅要支援被保険者にあつては、法第61条の2第1項に規定する合計額から高額医療合算介護予防サービス費（同項に規定する高額医療合算介護予防サービス費をいう。以下同じ。）を減じて得た額を含む。）が、著しく高額であるときは、当該利用者に対し、高額医療合算介護予防サービス相当費を支給する。

2 前項に規定するもののほか、高額医療合算介護予防サービス相当費の支給については、高額医療合算介護予防サービス費の例による。

3 高額医療合算介護予防サービス相当費の支給を受けようとする者は、高額医療合算介護予防サービス相当費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書（様式第5号）を市長に提出しなければならない。

（指定の申請等）

第11条 法第115条の45の5第1項の規定による申請は、大分市介護予防・日常生活支援総合事業指定申請書（様式第6号）により行うものとする。

2 市長は、前項の申請があつたときは、その内容を審査し、適当であると認めるときは、当該申請を行った者を指定事業者として指定し、大分市介護予防・日常生活支援総合事業指定通知書（様式第7号）により通知するものとする。

（指定の有効期間）

第12条 省令第140条の63の7の規定により定める指定の有効期間は、6年と

する。

(指定の更新)

第13条 法第115条の45の6第1項の規定による指定の更新の申請は、大分市介護予防・日常生活支援総合事業指定更新申請書(様式第8号)により行うものとする。

2 第11条第2項の規定は、指定の更新について準用する。

(変更の届出等)

第14条 指定事業者は、当該指定に係る事業について、省令第140条の63の5第1項各号に掲げる事項(第3号、第9号から第11号までに掲げる事項を除く。)に変更があったときは、当該変更のあった日から10日以内に、大分市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書(様式第9号)を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の廃止又は休止をしようとするときは、当該廃止又は休止をする日の1月前までに、大分市介護予防・日常生活支援総合事業廃止(休止)届出書(様式第10号)を市長に提出しなければならない。

3 指定事業者は、前項の規定による届出により休止した事業を再開したときは、当該再開の日から10日以内に、大分市介護予防・日常生活支援総合事業再開届出書(様式第11号)を市長に提出しなければならない。

(指導及び監査)

第15条 市長は、総合事業の適正な運営を確保するため、必要に応じ、指定事業者等に対する指導及び監査を行うものとする。

(不正利得の徴収等)

第16条 市長は、総合事業の利用者が偽りその他不正の行為により第1号事業支給費の支給を受けたときは、当該利用者から、その全部又は一部を徴収するものとする。

2 市長は、指定事業者が偽りその他不正の手段により法第115条の45の3第3項の規定による支払を受けたときは、当該指定事業者から、その支払った額につき返還させるべき額を徴収するものとする。

(その他)

第17条 この要綱に定めるもののほか、総合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2月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年4月27日から施行する。

附 則

1 この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正後の大分市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第6条第1項の規定

は、この要綱の施行の日以後に大分市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第5条第2項の規定による申請をした者について適用し、同日前に当該申請をした者については、なお従前の例による。

附 則

この要綱は、平成30年8月1日から施行し、改正後の大分市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第7条の規定は、同日以後の介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の4第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業の利用について適用する。

附 則

この要綱は、平成30年10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

（施行期日）

1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正後の大分市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第6条第1項の規定は、この要綱の施行の日以後に大分市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第5条第2項の規定による申請をした者について適用し、同日前に当該申請をした者については、なお従前の例による。

大分市長 殿

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

事業対象者であることの確認を受けたいので、大分市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第5条第2項の規定により、次のとおり申請します。

										申請日		年 月 日				
被保険者番号										記入日		年 月 日				
フリガナ										性別	男・女	生年月日			年齢	歳
氏名												年 月 日				
住所										電話番号			〒 大分市			

<申請の理由>

1. 訪問型サービス又は通所型サービスCのみを利用するため	2. 要支援認定の有効期間が満了した後において、要支援認定の更新の申請を行わないため
3. 事業対象者確認の有効期間が満了した後において、引き続き確認を受けるため	4. その他やむを得ない事情()

<直近の介護認定等の状況>

要支援状態区分 (1 ・ 2)	事業対象者	該当なし
有効期間	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日

<基本チェックリスト実施結果>

運動機能 (3点以上)	栄養状態 (2点)	口腔機能 (2点以上)	閉じこもり傾向 (No.16該当)	ものわすれ (1点以上)	うつ傾向 (2点以上)	総合 ※1~20のうち (10点以上)
/ 5	/ 2	/ 3	/ 1	/ 3	/ 5	/ 20

<提出代行者>

	事業所名	担当者氏名
地域包括支援センター		
居宅介護支援事業者(委託先)		

基本チェックリストの結果を、大分市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、主治医、その他の関係者にサービスの提供に必要な範囲で提示することに同意します。

本人署名

代筆

(代筆者の自署)

【事務処理欄】(記入しないでください。)

介護認定等	認定等有効期限	チェック欄
未申請・事業対象者・要支援・要介護	平成 年 月 日まで	電算入力 <input type="checkbox"/> 入力チェック <input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/>

基本チェックリスト実施票

※基本チェックリスト実施日から1カ月以内に申請して下さい。

No.	質問項目	回答 (いずれかに○をしてください)		点数
		0. はい	1. いいえ	
1	バスや電車で1人で外出していますか(自分で運転する場合も含みます)	0. はい	1. いいえ	/5
2	日用品の買物をしていますか(自ら外出し、日用品を購入していれば「はい」、電話等の注文のみで済ませている場合は「いいえ」とします)	0. はい	1. いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか(家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」とします。)	0. はい	1. いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか(電話による交流や家族・親戚の家への訪問は「いいえ」とします)	0. はい	1. いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか(電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします)	0. はい	1. いいえ	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか(時々手すり等を使用している程度であれば「はい」、習慣的に使用している場合は「いいえ」とします)	0. はい	1. いいえ	/5
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか(時々つかまっている程度であれば「はい」とします)	0. はい	1. いいえ	
8	15分くらい続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか(自分の健康状態や体力から転びやすいと感じる方は「はい」とします)	1. はい	0. いいえ	
11	6カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか(6カ月以上かかって減少している場合は「いいえ」とします)	1. はい	0. いいえ	/2
12	身長()cm 体重()kg ※体重は1カ月以内の値 BMI() ※BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)	1. 18.5未満	0. 18.5以上	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか(半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化がない場合は「いいえ」とします)	1. はい	0. いいえ	/3
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか(週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均してください)	0. はい	1. いいえ	/2
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ	
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われるか(本人が物忘れがあると思っても周りの人から指摘されない場合は「いいえ」とします)	1. はい	0. いいえ	/3
19	自分で電話番号を調べて電話をかけることをしていますか(誰かに電話番号を尋ねてかけたり、誰かにダイヤルしてもらい会話だけする場合は「いいえ」とします)	0. はい	1. いいえ	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか(月と日の一方しかわからない場合は「はい」とします)	1. はい	0. いいえ	
		小計		/20

21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ	/5
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ	
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ	
		合計		/25

様式第2号（第5条関係）

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

※太枠を記入してください。

被 保 険 者 氏 名		被保険者番号		区分	
(フリガナ)				新規・変更	
		個人番号			
		生年月日			
		年 月 日			
介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター					
地域包括支援センターの名称		地域包括支援センターの所在地			
		〒			
		電話番号			
事業所番号					
介護予防ケアマネジメントを委託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防ケアマネジメントを委託する場合のみ記入してください。					
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地			
		〒			
		電話番号			
事業所番号					
依頼する地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等					
開始・変更年月日（ 年 月 日）					
<p>大分市長 殿</p> <p>上記のとおり、地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）に介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>被保険者住所</p> <p>被保険者氏名</p> <p>電話番号</p>					

様式第3号（第5条関係）

第 号
年 月 日

殿

大分市長



大分市介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認通知書

大分市介護予防・日常生活支援総合事業の対象者であることを確認したので、大分市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第5条第4項の規定により、次のとおり通知します。

被保険者番号	
被保険者氏名	
基本チェックリスト実施日	
確認の有効期間	

高額介護予防サービス相当費支給申請書

申請開始月 年 月

フリガナ		個人番号												
被保険者氏名		被保険者番号												
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女											
住 所	・ 申請者と同じ ・ その他()													

大分市長 殿

上記のとおり、高額介護予防サービス相当費の支給について申請するとともに、その振込指定口座として下記の口座の登録を申請します。なお、高額介護予防サービス相当費の支給額の算定に関して、私及び私の世帯に属する者の所得状況及び公的扶助の受給の状況について市が調査することに同意します。

年 月 日

〒

住所
申請者
(被保険者) 氏名

連絡先 -

振込指定口座

金融機関名	支店名	種目	口座番号											
銀行・金庫	本店・支店	1 普通												
組合・農協	支所・出張所	2 当座												
金融機関コード	支店コード	3 その他												

フリガナ

口座名義

受領に関する委任

(申請者と振込指定口座名義人が異なる場合は、この欄に記名してください。) 本申請に係る受領の権限を、上記の口座名義人に委任します。

申請者氏名

高額医療合算介護予防サービス相当費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ	(保険者等記入欄)		支給申請書整理番号	枚目 / 入目 /
申請形態	1. 計算期間末日以降申請 (期間中死亡・生保適用・海外移住者なし)		2. 計算期間末日以降申請 (期間中死亡者あり)		3. 計算期間末日以降申請 (期間中生保適用・海外移住者あり)		4. 死亡・海外移住等計算期間中申請		
フリガナ	生年月日		年月日	性別	個人番号	年月 ~ 年月			
被保険者氏名	被保険者証番号		続柄	保険者名称	加入期間				
国民健康保険資格情報									
保険者番号	被保険者番号		後期高齢者医療資格情報						
39440003	39440003		大分県後期高齢者医療広域連合						
介護保険資格情報									
保険者番号	被保険者番号		加入期間						
支給方法	種目		本店		支店		口座番号		
口座振込	銀行口座 信用組合 協同組合 ()		()		()		口座名義人 (カタカナ)		
保険者名	加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号						
1	年月	日から	年月	日まで					
2	年月	日から	年月	日まで					
3	年月	日から	年月	日まで					
私は、本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。									
委任状	代理人 (口座名義人)		住所		氏名		住所		
委任者 (被保険者) 氏名									
大分県後期高齢者医療広域連合 様 市町村長 様 年月 日									
① 高額医療合算介護予防サービス相当費の支給について、上記のとおり申請します。 なお、これらの支給に関し医療及び介護情報等を広域連合及び市町村等関係機関へ情報提供することに、同意します。									
② 上記のとおり、自己負担額証明書の交付を申請します。									
※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。									
高額医療合算介護予防サービス相当費の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。									
申請者 氏名									
郵便番号									
住所									
申請者 氏名									
電話番号									

様式第6号（第11条関係）

大分市介護予防・日常生活支援総合事業指定申請書

年 月 日

大分市長 殿

申請者

所在地

名称

代表者氏名

指定を受けたいので、大分市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第11条第1項の規定により、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	(郵便番号 -) (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
	法人の種類別				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 -)				
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 の 種 類 等	事業所等の名称					
	事業所等の所在地	(郵便番号 -)				
	同一所在地において行う事業等の種類		実施事業	事業開始予定年月日	指定年月日（現に指定を受けている場合に限る。）	
	指 定 居 宅 サ ー ビ ス	介護予防訪問介護相当サービス				
		訪問型サービスA				
介護予防通所介護相当サービス						
通所型サービスA						
介護保険事業所番号					(既に指定を受けている場合に限る。)	
指定を受けている他の市町村						

様式第7号（第11条関係）

第 号
年 月 日

大分市介護予防・日常生活支援総合事業指定通知書

殿

大分市長



年 月 日付けでなされた指定の申請について、指定することに決定しましたので、大分市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第11条第2項の規定により、次のとおり通知します。

指定した事業の種類	
事業所等の名称	
事業所等の所在地	
指定年月日	
指定の有効期間満了日	
介護保険事業所番号

大分市介護予防・日常生活支援総合事業指定更新申請書

年 月 日

大分市長 殿

指定事業者
所在地
名 称
代表者氏名

指定の更新を受けたいので、大分市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第 1 3 条第 1 項の規定により、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	(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)		(生年月日)	
		(氏名)			
代表者の住所	(郵便番号 -)				
	(ビルの名称等)				
事 業 所 (施 設)	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(施設)の所在地以外の場所に当該事業所(施設)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		FAX 番号		
管理者の氏名、生年月日 及び住所	(フリガナ)		(生年月日)		
	(氏名)				
	(住所)				
サービスの種類	介護予防訪問介護相当サービス ・ 訪問型サービスA 介護予防通所介護相当サービス ・ 通所型サービスA				
現に受けている指定の有効 期間満了日					

大分市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書

年 月 日

大分市長 殿

指定事業者
所在地
名称
代表者氏名

指定を受けた内容に変更がありましたので、大分市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第14条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

		介護保険事業所番号									
指定の内容を変更した事業所（施設）		(名称)									
		(所在地)									
サービスの種類		介護予防訪問介護相当サービス 訪問型サービスA 介護予防通所介護相当サービス 通所型サービスA									
変更があった事項		変更の内容									
1	事業所（施設）の名称	(変更前)									
2	事業所（施設）の所在地										
3	事業（開設）者の名称・主たる事務所の所在地										
4	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名										
5	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（施設）の建物の構造、専用区画等	(変更後)									
7	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所										
8	サービス提供責任者の氏名、住所及び経歴										
9	運営規程										
10	その他										
	変更年月日	年 月 日									

大分市介護予防・日常生活支援総合事業廃止(休止)届出書

年 月 日

大分市長 殿

指定事業者

所在地
名称
代表者氏名

事業の廃止(休止)をしたいので、大分市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第14条第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

	介護保険事業所番号	
廃止(休止)しようとする事業所(施設)	(名称)	
	(所在地)	
サービスの種類	介護予防訪問介護相当サービス 訪問型サービスA 介護予防通所介護相当サービス 通所型サービスA	
廃止又は休止の別	廃止 ・ 休止	
廃止又は休止をしようとする年月日	年 月 日	
廃止又は休止をしようとする理由		
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置		
休止の予定期間	年 月 日～	年 月 日

大分市介護予防・日常生活支援総合事業再開届出書

大分市長 殿

指定事業者
所在地
名称
代表者氏名

事業を再開しましたので、大分市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第14条第3項の規定により、次のとおり届け出ます。

	介護保険事業所番号	
再開した事業所（施設）	（名称）	
	（所在地）	
サービスの種類	介護予防訪問介護相当サービス 訪問型サービスA 介護予防通所介護相当サービス 通所型サービスA	
再開した年月日	年 月 日	