

## 八雲町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（案）

（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」）の例による。

（実施主体）

第3条 事業の実施主体は八雲町とする。

2 町長は、事業の利用者、サービス内容及び費用負担額の決定を除き、事業の実施について、適切、公正かつ、効率的に実施する事ができると認められる社会福祉法人、医療法人、特定非営利活動法人その他町長が適当と認める法人等（以下「社会福祉法人等」という。）に委託することができる。

（事業構成及び内容）

第4条 町長は、総合事業として、次に掲げる事業及びサービスを行う。

（1） 介護予防・生活支援サービス事業

ア 訪問型サービス（第1号訪問事業）

（ア）八雲町訪問介護相当サービス

指定事業者により実施する旧介護予防訪問介護に相当するもの

イ 通所型サービス（第1号通所事業）

（ア）八雲町通所介護相当サービス

指定事業者により実施する旧介護予防通所介護に相当するもの

ウ その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）

（ア）栄養改善や見守りを目的とした配食サービス

エ 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

（ア）ケアマネジメントA

介護予防支援と同様のケアマネジメント

（イ）ケアマネジメントC

初回のみケアマネジメント

（2） 一般介護予防事業

ア 介護予防把握事業

イ 介護予防普及啓発事業

ウ 地域介護予防活動支援事業

エ 一般介護予防事業評価事業

オ 地域リハビリテーション活動支援事業

(対象者)

第5条 介護予防・生活支援サービス事業の対象となる者は、次に掲げる要件の全てに該当する者であって、当該サービスを提供する必要があると認める者とする。

(1) 被保険者

(2) 要支援者又は事業対象者

2 一般介護予防事業の対象者となる者は、被保険者及びその支援のための活動に関わる者とする。

(介護予防ケアマネジメント)

第6条 介護予防ケアマネジメントを受けようとする被保険者は、町へ介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書(様式第1号)を提出するものとする。

(事業支給費の額)

第7条 次に掲げるサービスの支給費の額は以下のとおりとする。

(1) 訪問型サービスの支給費の額

ア 八雲町訪問介護相当サービス

指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示127号。以下、「指定介護予防サービス費用基準」という。)に規定する介護予防訪問介護の給付単位数及び加算単位数により算定した費用の額の100分の90に相当する額。

(2) 通所型サービスの支給費の額

ア 八雲町通所介護相当サービス

指定介護予防サービス費用基準に規定する介護予防通所介護の給付単位数及び加算単位数により算定した費用の額の100分の90に相当する額。

(3) 介護予防ケアマネジメントの支給費の額

ア ケアマネジメントA

指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第129号)に規定する介護予防支援の給付費単位数及び加算単位数により算定した額。

イ ケアマネジメントC

費用を要しないものとする。

(一定以上の所得を有する第1号被保険者に係る事業支給費の額)

第8条 第1号被保険者であって、介護保険法施行令(平成10年政令第412号)第29条の2第1項の規定により算定した所得の額が同条第2項に規定する額以上である総合事業対象者(同条第3項各号に該当する場合は除く。)が受ける訪問介護又は通所介護について前条第1項第1号又は第2項第1号に定める規定を適用する場合においては、これらの規定中「100分の90」とあるのは「100分の80」とする。

(事業支給費の審査及び支払)

第9条 町は、法第115条の45の3の規定により、事業支給費の審査及び支払に関する事務を国民健康保険団体連合会へ委託して行うものとする。

(支給限度額)

第10条 事業対象者が第1号事業を利用する場合の支給限度額は、要支援1の区分支給限

度額とする。

- 2 前項の規定にかかわらず、ケアマネジメントにおいて利用者の自立支援を推進するため必要な場合は、要支援2の区分支給限度額とすることができる。

(高額介護予防サービス費相当事業)

第11条 法第61条に規定する高額介護予防サービス費に相当する事業支給費支給を受けようとするときは、高額介護予防サービス費相当事業支給申請書(様式第2号)により行うものとする。

- 2 町長は、前項の支給又は不支給を決定したときは、速やかに高額介護予防サービス費相当事業支給(不支給)決定通知書(様式第3号)により当該申請者に通知するものとする。

(高額医療合算介護予防サービス費相当事業)

第12条 法第61条の2に規定する高額医療合算介護予防サービス費に相当する事業支給費の支給を受けようとするときは、高額医療合算介護予防サービス費相当事業支給申請書(様式第4号)により行うものとする。

- 2 町長は、前項の支給又は不支給を決定したときは、速やかに高額医療合算介護予防サービス費相当事業支給(不支給)決定通知書(様式第5号)により当該申請者に通知するものとする。

(指定事業者の指定基準)

第13条 指定事業者は、次に掲げるサービスに応じて、当該各号に掲げる基準に従い事業を行うものとする。

- (1) 八雲町訪問介護相当サービス

省令第140条の63の6第1号イに規定する基準(旧介護予防訪問介護に係るものに限る。)

- (2) 八雲町通所介護相当サービス

省令第140条の63の6第1号イに規定する基準(旧介護予防通所介護に係るものに限る。)

(指定事業者の指定)

第14条 法第115条の45の5第1項の規定による指定事業者の指定(以下「指定事業者の指定」という。)の申請は、指定申請書(様式第6号)により行うものとする。

- 2 町長は、前項の規定による申請に基づき、指定事業者の指定をしたときは、当該指定を受けた者に対し、指定通知書(様式第7号)により通知するものとする。

- 3 指定事業者の指定を受けた者は、指定を受けたことをその事業所の見やすい場所に標示するものとする。

(指定事業者の指定の有効期間)

第15条 指定事業者の指定の有効期間は6年とする。

- 2 指定事業者は、6年ごとにその更新を受けなければ、その期間の経過によって、その効力を失う。

(指定事業者の指定の更新)

第16条 法第115条の45の6第1項の規定による指定事業者の指定の更新は、指定更新申請書(様式第8号)により行うものとする。

- 2 町長は、前項の規定による申請に基づき指定事業者の指定の更新をしたときは、当該指定の更新を受けた者に対し、指定更新通知書(様式第9号)により通知するものとする。

3 第14条第3項の規定は、指定事業者の指定の更新について準用する。

(指定事業者の指定の変更の届出)

第17条 指定事業者は、第14条第1項の申請の内容に変更があったときは、当該変更があった日から10日以内に、変更届出書(様式第10号)を町長に提出しなければならない。

(指定事業者の廃止等の届出)

第18条 介護保険法施行規則第140条の62の3第4号の規定による廃止又は休止の届出は、廃止・休止届出書(様式第11号)により行うものとする。

2 指定事業者は、休止した事業を再開したときは、当該再開した日から10日以内に、再開届出書(様式第12号)を町長に提出しなければならない。

(指定事業者の指定の取消し等)

第19条 町長は、法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13号)により、当該指定事業者に通知するものとする。

(指導及び監査)

第20条 町長は、総合事業の適切かつ有効な実施のため、総合事業を実施する者に対して、指導及び監査を行うものとする。

(その他)

第21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、町長が別に定める。

附 則

1 この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(平成26年法律第83号)附則第13条の規定により、指定を受けた者とみなされた指定事業者に係る初回の有効期間については、第15条中「6年ごとに」とあるのは「当該指定を受けた日から3年を経過する日までに」とする。

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

		区 分	
		新規・変更	
フリガナ	被保険者番号		
被保険者氏名			
	個人番号		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター			
地域包括支援センター名	事業所の所在地		〒
事業者番号	電話番号		
介護予防ケアマネジメントを受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受託する場合のみ記入して下さい。			
事業者の事業所名	事業所の所在地		〒
事業者番号	電話番号		
事業所を変更する場合の事由等 ※ 事業所を変更する場合のみ記入して下さい。			
変更年月日 ( 年 月 日付)			
八雲町長様 上記の地域包括支援センターへ介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。 年 月 日 住所 被保険者 氏名 電話番号			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複		

(注意)

- この届出書は、要介護・要支援認定等の申請時に、若しくは、居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに八雲町へ提出してください。
- 居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず八雲町に届け出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

高額介護予防サービス費相当事業支給申請書

年 月

フリガナ			保険者番号	0 1 3 4 6 6						
被保険者氏名			被保険者番号							
	生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住所	〒		電話番号							
	氏名	生年月日	性別	介護保険の被保険者の場合 被保険者番号						
世帯構成	世帯主									
	世帯員									

八雲町長様

上記のとおり高額介護予防サービス費相当事業支給費の支給を申請します。

なお、上記の受領を \_\_\_\_\_ に委任します。

年 月 日

住所

申請者

氏名

電話番号

(氏名欄は、自書又は押印(受領委任の場合は必ず押印)願います。)

注意 ・ 今回の支給以降、高額介護予防サービス費相当事業支給費が支給される場合、申請の手続きは不要となります。

また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。

・ 給付制限を受けている方については、高額介護予防サービス費相当事業支給費の支給ができない場合があります。

高額介護予防サービス費相当事業支給費を下記により支払ってください。

<input type="checkbox"/> 口座振込依頼	銀行	本店	種 目	口座番号
	信用金庫	支店		
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金	
<input type="checkbox"/> 本庁窓口払い			2 当座預金	
			3 その他	
<input type="checkbox"/> 熊石総合支所窓口払い	フリガナ			
<input type="checkbox"/> 落部支所窓口払い	口座名義人			

※この欄は記入しないでください。

区 分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1 単 独		有・無	
2 合 算		給付割合	

上記の件について、次により決定してよろしいか。

課 長	課長補佐	係 長	合 議	提 案	<input type="checkbox"/> 支 給
					<input type="checkbox"/> 不支給
					理 由( )

様

八雲町長



高額介護予防サービス費相当事業支給(不支給)決定通知書

さきに申請のありました高額介護予防サービス費相当事業支給費については、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名				被保険者番号	.....
受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日		
本人支払額	円				
支給	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない	支払金額	円	
不支給・減額の理由又は負担額差額計算					

支 払 方 法				
<input type="checkbox"/> 窓 口 払		<input type="checkbox"/> 口 座 払		
お持ちいただくもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>・この通知書</li> <li>・介護保険被保険者証</li> <li>・申請書に使用した印鑑</li> </ul>	振込先	金融機関	
支払場所	<input type="checkbox"/> 八雲町役場出納窓口 <input type="checkbox"/> 熊石総合支所窓口 <input type="checkbox"/> 落部支所窓口		口座種目	
支払期間	年 月 日～年 月 日 月曜日から金曜日まで 午前 時～午後 時		口座番号	
			口座名義人	

☆お問い合わせ先

八雲町保健福祉課介護保険係

住所 二海郡八雲町栄町13番地1(シルバープラザ内)

電話 0137-64-2111

《不服の申立てについて》

この通知に不服がある場合は、この通知を受け取った日の翌日から起算して3月以内に北海道介護保険審査会に対して審査請求することができます。

そして、審査請求に対する裁決があり、なお不服があるときは、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、町を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、裁決があったことを知った日から6月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、次のいずれかの場合には、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。①審査請求をした日から3月を経過しても裁決がないとき。②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第4号(第12条関係)

高額医療合算介護予防サービス費相当事業支給申請書

フリガナ		保険者番号							
被保険者 氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住所	電話番号								
八雲町長 様 上記のとおり高額医療合算介護予防サービス費相当事業支給費の支給を申請します。 年 月 日 住所 電話番号 申請者 氏名 続柄									

注意・給付制限を受けている方については、高額医療合算介護予防サービス費相当事業支給費の支給ができない場合があります。

高額医療合算介護予防サービス費相当事業支給費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替依頼欄	銀行 信金・信組 農協	本店 支店 出張所	種目	口座番号
		金融機関コード	店舗コード	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他
	フリガナ			
	口座名義人			

町記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備考
1 単独 2 合算		有 ・ 無 給付割合	



様

八雲町長



高額医療合算介護予防サービス費相当事業支給(不支給)決定通知書

さきに申請のありました高額医療合算介護予防サービス費相当事業支給費については、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名				被保険者番号	.....
受付年月日	年	月	日	決定年月日	年 月 日
本人支払額	円				
支給	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない	支払金額	円	
不支給・減額の理由又は負担額差額計算					

支 払 方 法					
<input type="checkbox"/> 窓 口 払			<input type="checkbox"/> 口 座 払		
お持ちいただくもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>・この通知書</li> <li>・介護保険被保険者証</li> <li>・申請書に使用した印鑑</li> </ul>		振込先	金融機関	
		口座種目			
支払場所	<input type="checkbox"/> 八雲町役場出納窓口 <input type="checkbox"/> 熊石総合支所窓口 <input type="checkbox"/> 落部支所窓口			口座番号	
支払期間	年 月 日～年 月 日 月曜日から金曜日まで 午前 時～午後 時			口座名義人	

☆お問い合わせ先

八雲町保健福祉課介護保険係  
 住所 二海郡八雲町栄町13番地1(シルバープラザ内)  
 電話 0137-64-2111

《不服の申立てについて》

この通知に不服がある場合は、この通知を受け取った日の翌日から起算して3月以内に北海道介護保険審査会に対して審査請求することができます。

そして、審査請求に対する裁決があり、なお不服があるときは、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、町を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、裁決があったことを知った日から6月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、次のいずれかの場合には、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。①審査請求をした日から3月を経過しても裁決がないとき。②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

受付番号	
------	--

八雲町介護予防・日常生活支援総合事業者指定申請書

年 月 日

八雲町長 様

所在地  
 申請者 名称  
 代表者氏名 印

八雲町介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号事業者に係る指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

		事業所所在市町村番号		
申請者	フリガナ			
	名称			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - )		
	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	生年月日
	代表者の住所	(郵便番号 - )		
うと指定を受けようとする事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - )		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
		サービスの種類		
指定申請をする事業の開始予定年月日		年 月 日		
既に指定（許可）を受けている介護保険事業所番号				
申請書の作成担当者氏名・電話番号・FAX番号				

備考

- 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「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」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」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。
- 「既に指定（許可）を受けている介護保険事業所番号」が複数ある場合には、指定を受けようとする事業所の所在地と同一敷地内にて、指定又は許可を受けた介護保険事業所番号を記入してください。

様式第7号(第14条の2関係)

第 号  
年 月 日

様

八雲町長



八雲町介護予防・日常生活支援総合事業者指定決定通知書

年 月 日付け八雲町介護予防・日常生活支援総合事業者の指定申請について、  
内容審査の結果、貴事業所を八雲町介護予防・日常生活支援総合事業者として、指定する  
ことを決定しましたので通知します。

記

サービスの種類	
事業所の名称	
事業所の所在地	
事業所番号	
指定年月日	
事業開始(予定)年月日	
指定の有効期間	

受付番号	
------	--

八雲町介護予防・日常生活支援総合事業者指定更新申請書

年 月 日

八雲町長 様

所在地  
 申請者 名 称  
 代表者氏名 印

八雲町介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号事業者に係る指定更新を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

		事業所所在市町村番号		
申 請 者	フリガナ 名 称			
	主たる事務所の 所 在 地	(郵便番号 - )		
	連 絡 先	電話番号	F A X 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	生年月日
	代表者の住所	(郵便番号 - )		
	う と す る 事 業 所	フリガナ 名 称		
所 在 地		(郵便番号 - )		
連 絡 先		電話番号	F A X 番号	
サ ー ビ ス の 種 類				
現に受けている指定の有効期間満了日		年 月 日		
既に指定（許可）を受けている 介 護 保 険 事 業 所 番 号				
更新申請書の作成担当者 氏名・電話番号・F A X 番号				

備考

- 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「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」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」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。
- 「既に指定（許可）を受けている介護保険事業所番号」が複数ある場合には、指定を受けようとする事業所の所在地と同一敷地内にて、指定又は許可を受けた介護保険事業所番号を記入してください。

第 号  
年 月 日

様

八雲町長



八雲町介護予防・日常生活支援総合事業者指定更新決定通知書

年 月 日付け八雲町介護予防・日常生活支援総合事業者の指定更新申請について、内容審査の結果、貴事業所を八雲町介護予防・日常生活支援総合事業者として、指定を更新することを決定しましたので通知します。

記

サービスの種類	
事業所の名称	
事業所の所在地	
事業所番号	
指定の有効期間	

様式第10号(第17条関係)

八雲町介護予防・日常生活支援総合事業者 変更届出書

八雲町長 様

年 月 日

事業者 所在地  
 名称  
 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。

		介護保険事業者番号	.....
指定内容を変更した事業所(施設)		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・施設の名称	(変更前)	
2	事業所・施設の所在地		
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、住所及び職名		
6	定款・寄附行為等及びその登録事項証明書又は条例等 (当該事業に関するものに限る。)		
7	事業所・施設の建物の構造、専用区画等	(変更後)	
8	事業所・施設の管理者の氏名及び住所		
9	運営規程		
10	第1号事業支給費の請求に関する事項		
11	役員の氏名及び住所		
12	その他		
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11号(第18条関係)

八雲町介護予防・日常生活支援総合事業所 廃止・休止届出書

年 月 日

八雲町長 様

所在地  
事業者 名称  
代表者氏名



次のとおり事業の廃止・休止をしますので届け出ます。

介護保険事業者番号	_____
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	
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置	
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日

様式第12号(第18条の2関係)

八雲町介護予防・日常生活支援総合事業所 再開届出書

年 月 日

八雲町長 様

所在地  
事業者 名称  
代表者氏名



次のとおり事業の再開をしましたので届け出ます。

介護保険事業者番号	
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 日 日

備考 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を添付してください。



第 号  
年 月 日

様

八雲町長 

八雲町介護予防・日常生活支援総合事業所 指定取消効力停止通知書

介護保険法第115条の45の3第1項に規定する指定事業所について、下記のとおり指定を取り消し、又は、指定の全部若しくは一部の効力を停止しましたので通知します。

記

取消し・停止理由	
介護保険事業者番号	
事業者名	
所在地	
代表者名	
取消し・停止年月日	
サービス種別	

不服の申立て

この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に八雲町長に対して審査請求をすることができます。

また、この決定の取消しを求める訴えをする場合は、この決定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、町を被告として、提起することができます(なお、決定を知った日から6月以内であっても、決定の日から1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、審査請求をした場合には、この決定の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に提起しなければなりません。