

埼玉県指定市町村事務受託法人の指定等に関する要綱

（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。）、介護保険法施行令（平成10年政令第412号。以下「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「施行規則」という。）に定めるもののほか、令第11条の2第1項に規定する指定市町村事務受託法人（法第24条の2第1項第2号に規定する事務に係るものに限る。）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 令第11条の2第1項の規定による申請は、第1号様式による申請書により行うものとする。
- 2 前項の申請書は、指定を受けようとする日が属する月の前々月の末日までに、埼玉県知事（以下「知事」という。）に届けるものとする。
- 3 知事は、第1項の申請書が提出された場合、原則として、申請書を受理した日から21日以内に指定又は指定しない旨の決定をするものとする。
- 4 前項の規定による指定を受けた者は、その旨を当該指定に係る事務所の見やすい場所に標示するとともに、インターネットを利用して公表するものとする。

（変更の届出等）

第3条 令第11条の3第1項の規定による届出は、施行規則第34条の4第1項に掲げる事項の変更に係るものにあつては第2号様式による変更届出書により、受託事務の廃止、休止、又は再開に係るものにあつては第3号様式による廃止・休止・再開届出書により、それぞれ行うものとする。

（市町村等への情報提供）

- 第4条 知事は、前二条の規定による指定又は届出の受理若しくは令第11条の5の規定による指定の取消し等（以下この条において「指定等」という。）をしたときは、市町村その他の機関に対して、当該指定等に係る事務所に関する情報として次に掲げる事項を提供するものとする。
- 一 事務所の名称及び所在地
 - 二 当該事務所の指定の申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の職・氏名
 - 三 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

- 四 受託事務の種類
- 五 居宅サービス等の提供の有無
- 六 受託事務の開始年月日
- 七 運営規程
- 八 管理者の氏名
- 九 その他知事が必要と定める事項

(公示)

第5条 令第11条の6の規定による公示は、令第11条の6各号の措置に係る事務所に関する次に掲げる事項について行うものとする。

- 一 事務所の名称及び所在地
- 二 当該事務所の指定の申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名
- 三 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
- 四 受託事務の種類
- 五 居宅サービス等の提供の有無

(実施細目)

第6条 この要綱に規定するもののほか、指定市町村事務受託法人の指定等に関し必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、平成20年3月19日から施行する。

(指定等を行うために必要な準備)

第2条 知事は、この要綱の施行日前においても、指定市町村事務受託法人の指定等に関し必要な手続を行うことができる。

附 則

この要綱は、平成20年11月6日から施行し、平成20年9月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和3年10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。

附 則

この要綱は、令和7年9月1日から施行する。

第1号様式（第2条関係）

受付番号

指定市町村事務受託法人指定申請書

(宛先)

(元号) 年 月 日

埼玉県知事

所在地

申請者

法人の名称及び代表者の職氏名

介護保険法に規定する指定市町村事務受託法人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。

		事務所所在地市町番号				
申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー)				
		都道府県	市区			
		(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・氏名・生年月日	職名	フリガナ			生年月日
			氏名			年 月 日
	代表者の住所	(郵便番号 ー)				
都道府県		市区				
	(ビルの名称等)					
指定を受けようとする事務所	フリガナ					
	名称					
	事務所の所在地	(郵便番号 ー)				
		都道府県	市区			
		(ビルの名称等)				
事務所連絡先	電話番号			FAX番号		
指定を受けようとする事務					開始年月日	
既に指定等を受けている事業等の種類			実施事業	既に指定等を受けている事業等の指定（許可）年月日		
居宅サービス	訪問介護					
	訪問入浴介護					
	訪問看護					
	訪問リハビリテーション					
	居宅療養管理指導					
	通所介護					
	通所リハビリテーション					
	短期入所生活介護					
	短期入所療養介護					
	特定施設入居者生活介護					
	福祉用具貸与					
特定福祉用具販売						

サ 地 域 密 着 型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
	夜間対応型訪問介護		
	地域密着型通所介護		
	認知症対応型通所介護		
	小規模多機能型居宅介護		
	認知症対応型共同生活介護		
	地域密着型特定施設入居者生活介護		
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		
看護小規模多機能型居宅介護			
居宅介護支援事業者			
施 設	介護老人福祉施設		
	介護老人保健施設		
	介護医療院		
	介護療養型医療施設		
介 護 予 防 サ ー ビ ス	介護予防訪問入浴介護		
	介護予防訪問看護		
	介護予防訪問リハビリテーション		
	介護予防居宅療養管理指導		
	介護予防通所リハビリテーション		
	介護予防短期入所生活介護		
	介護予防短期入所療養介護		
	介護予防特定施設入居者生活介護		
	介護予防福祉用具貸与		
	特定介護予防福祉用具販売		
サ 地 域 密 着 型 予 防 型	介護予防認知症対応型通所介護		
	介護予防小規模多機能型居宅介護		
	介護予防認知症対応型共同生活介護		
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)	
医 療 機 関 コ ー ド 等			

- 注
- 1 「受付番号」「事務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、「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、申請者が許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。
 - 4 「実施事業」欄は、既に指定等を受けている事業について、該当する欄に「○」を記入してください。
 - 5 「既に指定等を受けている事業等の指定（許可）年月日」欄は、介護保険法による指定事業者又は介護保険施設として指定（許可）された年月日（法第71条又は法第72条に基づき指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日、施行法第4条、第5条、第7条及び第8条の規定に基づき指定（許可）があったものとみなされたものについては、「12年4月1日」）を記載してください。
 - 6 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。
複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。

別添

指定申請に係る添付書類一覧

受付番号

事務所の名称

番号	添付書類	添付書類に○を付してください	備考
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書等		
2	職員の勤務体制及び勤務形態一覧表		
3	事務所の管理者の経歴		
4	事務所の平面図		
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	当該申請に係る資産の状況		
8	介護保険法施行令第11条の2第2号各号に該当しないことを誓約する書面		
9	役員の氏名等		
10	介護支援専門員の氏名及びその登録番号		

備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

付表 1 指定市町村事務受託法人の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事 務 所	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便番号 —)			
		都道 府県	都市 区		
連絡先	電話番号			FAX 番号	
当該受託事務の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 第 条第 項第 号					
管 理 者	フリガナ			住所	(郵便番号 —)
	氏 名				
	生年月日				
職員の職種・員数（人）		介護支援専門員			
		専 従	兼 務		
常 勤（人）					
非常勤（人）					
主 な 掲 示 事 項	営業日				
	営業時間				
	通常の受託事務の実 施地域				
添付書類		別添のとおり			

- 備考 1 「受付番号」欄には、記入しないでください。
- 2 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。
- 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、職員については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

職員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

(年 月分)

[illegible]

2 申請する受託事務に係る職員全員(管理者を含む。)について、4週間分の勤務すべき時間数を記入してください。勤務時間ごとあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し、その番号を記入してください。

(記載例2-サービス提供時間 a 9:00~12:00、b 13:00~16:00、c 10:30~13:30、d 14:30~17:30、e 休日)

勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務

5 当該事務所に係る組織体制図を添付してください。

6 各事務所において使用している勤務割表等(既に事業を実施しているときは直近月の実績)により、職種、勤務形態、氏名及び当該業務の勤務時間が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。

(参考様式2)

管 理 者 経 歴 書

事 務 所 の 名 称			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	(郵便番号)	電 話 番 号	
主 な 職 歴 等			
年 月 ~ 年 月	勤 務 先 等		職務内容
職務に関連する資格			
資 格 の 種 類		資 格 取 得 年 月	
備 考（研修等の受講の状況等）			

備考1 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。
2 当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事務所の名称」欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。

(参考様式3)

平面図

事務所の名称	
--------	--

--

備考 1 各室の用途及び面積を記載してください。

2 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

(参考様式 4)

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事務所の名称	
--------	--

措 置 の 概 要	
1	利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置
2	円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順
3	その他参考事項

備考 上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。

(参考様式5)

介護保険法施行令第11条の2第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書

埼玉県知事様

平成 年 月 日

住所
申請者 _____

氏名（法人名及び代表者名）
_____ 印

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

記

【介護保険法施行令第11条の2第2項】

- 一 当該申請に係る事務所の介護支援専門員の人員が、厚生労働省令で定める員数を満たしていないとき（法第二十四条の二第一項第二号の事務を受託しようとする場合に限る。）。
- 二 申請者が、厚生労働省令で定める受託事務の運営に関する基準に従って適正な受託事務の運営をすることができないと認められるとき。
- 三 申請者が、居宅サービス等（法第二十三条に規定する居宅サービス等をいう。第七号及び第十一条の五第九号において同じ。）を提供しているとき。ただし、厚生労働省令で定める特別の事情があると都道府県知事が認めたときは、この限りではない。
- 四 申請者が、法及び第三十五条の二に掲げる法律の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五 申請者が、第十一条の五第一項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者であるとき。
- 六 申請者が、第十一条の五第一項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法（平成五年法律第八十八号）第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に次条第一項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 七 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等又は受託事務に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 八 申請者の役員等（法第七十条第二項第六号に規定する役員等をいう。）のうちに次のいずれかに該当する者があるとき。
 - イ 拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者
 - ロ 第四号又は前号に該当する者
 - ハ 第十一条の五第一項の規定により指定を取り消された法人において、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内にその役員等であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないもの
 - ニ 第六号に規定する期間内に次条第一項の規定による事業の廃止の届出をした法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）において、同号の通知の日前六十日以内にその役員等であった者で当該届出の日から起算して五年を経過しないもの

(参考様式6)

役 員 等 名 簿		
(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	(ふりがな) 住 所
	役職名・呼称	

備考

1

当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）

2

記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

(参考様式 7) 当該事務所に勤務する介護支援専門員一覧

フリガナ 氏 名	介護支援専門員番号

第2号様式（第3条関係）

変 更 届 出 書

(元号) 年 月 日

(宛先)
埼 玉 県 知 事

住所
申請者（所在地）
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。

指定内容を変更した事務所		名称
		所在地
受 託 事 務 名		
変 更 が あ っ た 事 項		変 更 の 内 容
1	事務所の名称	(変更前)
2	事務所の所在地	
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	定款・寄附行為及びその登記事項証明書等 （当該事務に関するものに限る。）	(変更後)
7	事務所の建物の構造，専用区画等	
8	事務所の管理者の氏名，生年月日，住所及び経歴	
9	運営規程	
10	役員の氏名，生年月日及び住所	
11	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	
変 更 年 月 日		(元号) 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。

第3号様式（第3条関係）

廃止・休止・再開届出書

(元号) 年 月 日

(宛先)
埼玉県知事

住所
申請者（所在地）
氏名
（名称及び代表者氏名）

次のとおり受託事務の廃止（休止・再開）をしましたので届け出ます。

廃止（休止・再開）する事務所	名 称
	所在地
休止・廃止・再開の別	休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開
休止・廃止・再開した年月日	(元号) 年 月 日
休止・廃止した理由	
現に事務を受託している市町村に対する措置 (休止・廃止した場合のみ)	
休止予定期間	(元号) 年 月 日 ～ (元号) 年 月 日

備考 受託事務の再開に係る届出にあっては、施行規則に定める当該受託事務に係る職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。