

吹田市高齢者安心・自信サポート事業の訪問型短期集中サポートサービス利用者に対する通所型サポートサービス提供事業所の登録に関する要領

(趣旨)

第1条 この要領は、吹田市高齢者安心・自信サポート事業実施要綱（平成29年吹田市告示第54号。以下「要綱」という。）第3条に規定する訪問型短期集中サポートサービスの利用者に対し、通所型サポートサービスを提供する事業所（以下「提供事業所」という。）の登録に関し必要な事項を定めるものとする。

(提供事業所の要件)

第2条 提供事業所は、次に掲げる要件を満たさなければならない。

- (1) 吹田市介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号事業者の指定の申請等に関する要領第3条の指定を受けている第1号通所事業者であること。
- (2) 運動器機能向上加算を算出できる人員体制を備えていること。
- (3) 毎月1回のサービス担当者会議に担当者の出席が可能であること。
- (4) 訪問型短期集中サポートサービスにおいて作成される、生活行為の回復・向上を図るプログラムの提供が可能であること。

(登録の申請)

第3条 第1条の登録を受けようとする事業者は、「通所型サポートサービス（訪問型短期集中サポートサービス利用者対象）提供事業所登録申請書」（様式第1号）を市長に提出しなければならない。

(登録)

第4条 市長は、前条の申請書の提出があったときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、登録を行い、「通所型サポートサービス（訪問型短期集中サポートサービス利用者対象）提供事業所登録証」（様式第2号）を当該申請した者に交付するものとする。

2 前項の登録の有効期間は、当該登録の日から当該登録の日の属する年度の末日までとする。

3 第1項の登録証の交付を受けた者（以下「登録事業者」という。）は、登録の更新を受けようとするときは、当該登録の有効期間の満了する日までに、「通所型サポートサービス（訪問型短期集中サポートサービス利用者対象）提供事業所登録更新申請書」（様式第3号）を市長に提出しなければならない。

(変更の届出等)

第5条 登録事業者は、提供事業所の登録の内容に変更があったときは、速やかに、「通所型サポートサービス（訪問型短期集中サポートサービス利用者対象）提供事業所登録変更届出書」（様式第4号）を市長に提出しなければならない。

2 登録事業者は、提供事業所の休止、廃止又は再開をするときは、「通所型サポートサービス（訪問型短期集中サポートサービス利用者対象）提供事業所休止（廃止・再開）届出書」（様式第5号）を市長に提出しなければならない。

(登録の取消し)

第6条 市長は、登録事業者が次の各号のいずれかに該当するときは、第4条第1項の登録を取り消すことができる。

- (1) 偽りその他の不正な手段により第4条第1項の登録を受けたとき。
- (2) その他この要領及び要綱に違反したとき。

附則

この要領は、平成29年4月1日から施行する。

附則

この要領は、令和3年6月1日から施行する。

附則

この要領は、令和4年8月1日から施行する。

様式第1号

通所型サポートサービス（訪問型短期集中サポートサービス利用者対象）
提供事業所登録申請書

年 月 日

吹田市長 宛

所在地

事業者名

代表者氏名

連絡先 () -

次の事業所について、通所型サポートサービス（訪問型短期集中サポートサービス利用者対象）提供事業所登録を申請します。

介護保険 事業所番号										
名称										
所在地										
電話番号										
機能訓練指導員	職種									
	氏名									

受付年月日	年 月 日	登録の 可 否	登録年月日	年 月 日
受付番号		可 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	登録番号	

*太枠欄は記入しないでください

様式第2号

通所型サポートサービス（訪問型短期集中サポートサービス利用者対象）
提供事業所登録証

次の事業所は、通所型サポートサービス（訪問型短期集中サポートサービス利用者対象）
提供事業所の登録を受けた事業所である。

年 月 日

吹田市長 後藤 圭二



登録番号										
介護保険 事業所番号										
名称										
所在地										
機能訓練指導員	職種									
	氏名									
登録の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで									

様式第3号

通所型サポートサービス（訪問型短期集中サポートサービス利用者対象）
提供事業所登録更新申請書

年 月 日

吹田市長 宛

所在地

事業者名

代表者氏名

連絡先 () -

次の事業所について、通所型サポートサービス（訪問型短期集中サポートサービス利用者対象）提供事業所登録の更新を申請します。

介護保険 事業所番号										
名称										
所在地										
電話番号										
機能訓練指導員	職種									
	氏名									

様式第4号

通所型サポートサービス（訪問型短期集中サポートサービス利用者対象）
提供事業所登録変更届出書

年 月 日

吹田市長 宛

届出者 所在地

事業者名

代表者氏名

連絡先 () -

次の事業所について、通所型サポートサービス（訪問型短期集中サポートサービス利用者対象）提供事業所の登録内容に変更がありましたので、次のとおり届け出ます。

		変更前	変更後	
名称				
所在地				
機能訓練指導員	職種		職種	
	氏名		氏名	

変更年月日 年 月 日

様式第5号

通所型サポートサービス（訪問型短期集中サポートサービス利用者対象）
提供事業所休止（廃止・再開）届出書

年 月 日

吹田市長 宛

所在地

事業者名

代表者氏名

連絡先 () -

次の通所型サポートサービス（訪問型短期集中サポートサービス利用者対象）提供事業所について、休止（廃止・再開）したいので届け出ます。

介護保険 事業所番号										
名称										
所在地										
休止（廃止・再開） 年月日	年 月 日									
休止（廃止・再開） の理由										