

別表第1（第3条関係）

管外事業所指定基準

安八郡広域連合管外の事業所を安八郡広域連合が指定する場合
（安八郡広域連合の被保険者が利用の場合）

サービスの種類	基準
<p>①指定夜間対応型訪問介護</p> <p>②指定地域密着型通所介護（介護予防除く）</p> <p>③指定認知症対応型通所介護</p> <p>④指定小規模多機能型居宅介護</p> <p>⑤指定認知症対応型共同生活介護</p> <p>⑥指定地域密着型特定施設入居者生活介護</p> <p>⑦指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</p> <p>⑧指定介護予防認知症対応型通所介護</p> <p>⑨指定介護予防小規模多機能型居宅介護</p> <p>⑩指定介護予防認知症対応型共同生活介護</p> <p>⑪指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護</p> <p>⑫指定看護小規模多機能型居宅介護</p>	<p>1. 利用希望の被保険者が、次の要件をすべて満たしていること。</p> <p>(1) 安八郡広域連合管内に住民基本台帳が記載されており、かつ、居所も管内であること。</p> <p>(2) 要介護、又は要支援認定を受けている、もしくは受ける予定であること。</p> <p>(3) 当連合の担当者出席の元、対象者の介護サービス計画打合せで、管外事業所を利用することが適当であることの見解で一致していること。</p> <p>(4) 管外事業所の定員に空きがあり、かつ、利用希望の被保険者の受け入れが可能であること。</p> <p>2. 1. の要件をすべて満たしており、かつ、次の基準のいずれかを満たしていること。</p> <p>(1) 利用希望の被保険者が必要とするサービス種類又はサービスを提供できる事業所が管内になく、隣接する市町村にあること。</p> <p>(2) 管外事業所の所在地が管内の隣接する市町村である場合で、管内事業所の利用定員に空きがないこと。</p> <p>(3) 災害、不慮の事故、虐待又はストーカーのいずれかによる理由によって、一時的に住民票を移さずに管外に居住する必要があること。</p> <p>3. 2. (3)に該当する場合、第三者機関が証明したことが提示できれば、1. (3)の要件は省略できる。この場合に限り、1. (1)の居所要件は問わない。</p>

別表第2（第4条関係）

管内事業所指定同意基準

安八郡広域連合管内の事業所を他市町村が指定する場合
（安八郡広域連合以外の被保険者が利用の場合）

サービスの種類	基準
<p>①指定夜間対応型訪問介護</p> <p>②指定地域密着型通所介護（介護予防除く）</p> <p>③指定認知症対応型通所介護</p> <p>④指定小規模多機能型居宅介護</p> <p>⑤指定認知症対応型共同生活介護</p> <p>⑥指定地域密着型特定施設入居者生活介護</p> <p>⑦指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</p> <p>⑧指定介護予防認知症対応型通所介護</p> <p>⑨指定介護予防小規模多機能型居宅介護</p> <p>⑩指定介護予防認知症対応型共同生活介護</p> <p>⑪指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護</p> <p>⑫指定看護小規模多機能型居宅介護</p>	<p>1. 利用希望の被保険者が、次の要件をすべて満たしていること。</p> <p>(1) 管外に住民基本台帳が記載されており、かつ、居所も同一管外で、隣接市町村であること。</p> <p>(2) 要介護、又は要支援認定を受けている、もしくは受ける予定であること。</p> <p>(3) 被保険者の介護保険者の担当者出席の元、対象者の介護サービス計画打合せで、管内事業所を利用することが適当であることとの意見で一致していること。</p> <p>(4) 利用希望事業所の定員に空きがあり、かつ、その事業所の定数が全体の2割未満であること。ただし「サービスの種類」欄中②を除く。</p> <p>2. 1. の要件をすべて満たしており、かつ、次の基準のいずれかを満たしていること。</p> <p>(1) 他の市町村による管内事業所を指定する方針が確実と認められ、また、利用希望の被保険者が必要とするサービス種類、又はサービスを提供できる事業所が対象者の加入している介護保険者になくこと。</p> <p>(2) 災害、不慮の事故、虐待、又はストーカーのいずれかによる理由によって、一時的に住民票を移さずに管内に居住する必要があること。</p> <p>(3) その他連合長が認める特別な事情があること。</p> <p>3. 2. (2)に該当する場合、第三者機関が証明したことが提示できれば、1. (3)の要件は省略できる。この場合に限り、1. (1)の居所要件は問わない。</p>

指定地域密着型サービス事業所等の利用に係る申立書

年 月 日

安八郡広域連合長 様

所在地 〒 -

申請者（事業者） 法人名
代表者職・氏名 印
電話番号（ ） -

以下の内容で、他の市町村と協議してくださるよう申し立てます。

記

1. 地域密着型サービス（または、介護予防地域密着型サービス）を利用希望する事業所（※1）

介護保険事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒 - 電話番号（ ） -

2. 利用希望サービス（一つ「○」をつけてください。）

<input type="checkbox"/>	夜間対応型訪問介護
<input type="checkbox"/>	地域密着型通所介護（介護予防除く）
<input type="checkbox"/>	（介護予防）認知症対応型通所介護
<input type="checkbox"/>	（介護予防）小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/>	（介護予防）認知症対応型共同生活介護
<input type="checkbox"/>	地域密着型特定施設入居者生活介護
<input type="checkbox"/>	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
<input type="checkbox"/>	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
<input type="checkbox"/>	看護小規模多機能型居宅介護

3. 同意を求める基準（一つ「○」をつけてください。）

<input type="checkbox"/>	(1) 利用希望の被保険者が必要とするサービス種類、又はサービスを提供できる事業所が管内に無く、隣接する市町村（※2）にあること。
<input type="checkbox"/>	(2) 管外事業所の所在地が管内の隣接する市町村（※2）である場合で、管内事業所の利用定員に空きがないこと。
<input type="checkbox"/>	(3) 災害、不慮の事故、虐待又はストーカーのいずれかによる理由によって、一時的に住民票を移さずに管外に居住する必要があること。

【裏面に続きます→】

【表面の続きはここから→】

4. 利用を希望する被保険者

ふりがな 氏名		生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
性別	男 女	住所	〒503- 安八郡 町 番地 電話番号 ()
被保険者番号	8 000	認定区分	<input type="checkbox"/> 要介護__ <input type="checkbox"/> 要支援__
利用開始希望年月日	年 月 日		
担当ケアマネジャー の事業所名称、氏名及 び電話番号	事業所名称 担当者氏名 電話番号 ()		
理由	(当該事業所を利用しなければならない必要性和利用者の状況及びケアマネジャーによる利用者に対するケアプランの基本的な考え方や当該サービス利用の考え方などを具体的に記入してください。欄内に書ききれない場合は別紙を添付してください。別添資料の添付でも可能です)		
<この欄は利用希望する被保険者本人が署名>			
私は、安八郡広域連合が利用希望事業所の所在する市区町村との協議を行うに際し、介護保険サービスに必要な個人情報について、提供を行うことに同意します。			
年 月 日			
被保険者本人氏名			
(本人が署名できない場合は、身元保証人が署名) (被保険者本人からみた続柄)			

※1：指定を受けている場合は、その所在する市区町村から発行された通知書の写しを添付してください。原本証明は必要ありません。なお、その所在する市区町村から指定を受けていない場合は、速やかに指定申請手続きをしてください。

※2：岐阜市、羽島市、瑞穂市、本巣市、本巣郡北方町と西濃圏域に限ります。

注意：この申立書を提出してから、現地確認を行う場合があります。また書類の追加提出を求められる場合があります。