

**加古川市指定地域密着型サービス事業等の用に供する施設に係る都市計画法の  
開発許可等の手続に係る実施要綱**

(目的)

第1条 この要綱は、法人が、都市計画法（昭和43年法律第100号）第29条及び43条に基づいて、市街化調整区域に加古川市指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成25年条例第6号。以下「地域密着型サービス事業条例」という。）及び加古川市指定地域密着型介護サービス事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例（平成25年条例第7号。以下「地域密着型予防サービス事業条例」という。）に規定する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、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並びに介護予防認知症対応型共同生活介護（以下「認知症対応型通所介護等」という。）の用に供する施設を開設する場合に、同法第34条第1号に該当する建築物であることを証明するために必要な手続きを定めるものである。

(適用施設)

第2条 この要綱が適用される事業は、次の地域密着型サービス事業及び地域密着型介護予防サービス事業とする。

- (1) 地域密着型サービス事業条例第7条に規定する認知症対応型通所介護事業
- (2) 地域密着型サービス事業条例第8条に規定する小規模多機能型居宅介護事業
- (3) 地域密着型サービス事業条例第9条に規定する認知症対応型共同生活介護事業
- (4) 地域密着型サービス事業条例第11条に規定する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業
- (5) 地域密着型サービス事業条例第13条に規定する看護小規模多機能型居宅介護事業
- (6) 地域密着型予防サービス事業条例第6条に規定する介護予防認知症対応型通所介護事業
- (7) 地域密着型予防サービス事業条例第6条に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護事業
- (8) 地域密着型予防サービス事業条例第7条に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護事業

(適用区域)

第3条 この要綱が適用される区域は、本市の市街化調整区域とする。

(事前申出)

第4条 事業予定者は、定款変更をしたうえで、あらかじめ協議申出書（様式第1号）を市長へ提出しなければならない。

2 前項の場合において、協議申出書は、次の各号の書類を添付のうえ、正副2通を提出するものとする。

- (1) 建築しようとする土地の登記簿謄本
- (2) 建築しようとする土地の位置図
- (3) 建築しようとする建物の配置図、平面図及び立面図
- (4) 申請者（法人）の定款、寄附行為及びその登記簿謄本等
- (5) 認知症対応型通所介護事業等の事業者の主な記載事項（様式第2号から様式第6号まで）
- (6) 運営規程
- (7) 事業所の管理者の経歴書（様式第7号）

(8) 医療機関との連携協力を証するもの（小規模多機能型居宅介護事業所、介護予防小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、介護予防認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所）

(9) 資金計画書

(10) 誓約書（様式第8号）

(11) 役員証明書（様式第9号）

（審査手続）

第5条 市長は、協議申出書を受理したときは、次の各号の事項について審査する。

(1) 当該地域で、認知症対応型通所介護事業等を提供する必要性が認められること。

(2) 当該開発区域の周辺の市街化調整区域に居住する者を認知症対応型通所介護事業等の主たる対象としていることが認められること。

(3) 本市の介護保険事業計画上、当該事業者による認知症対応型通所介護事業等の必要性が認められること。

(4) 地域密着型サービス事業条例又は地域密着型介護予防サービス事業条例又はその他関係法令に定める指定認知症対応型等事業者の指定基準を満たしていること。

2 福祉部長は、定款手続きの変更を行っているかを確認のうえ、都市計画部長に対し、その適否を通知するものとする。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

（加古川市認知症対応型通所介護事業等の用に供する施設に係る都市計画法の開発許可の手続に係る実施要綱の廃止）

2 加古川市認知症対応型通所介護事業等の用に供する施設に係る都市計画法の開発許可の手続に係る実施要綱は廃止する。

3 この要綱の施行前にした行為に対する適用については、なお、従前の例による。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

## 協議申出書

平成 年 月 日

加古川市長 様

申請者（法人）所在地

申請者（法人）名 代表者職名 氏名 ㊟

私は、（老人福祉法第5条の2第3項に規定する老人デイサービス事業（認知症対応型通所介護事業・介護予防認知症対応型通所介護事業）及び第5条の3に規定する老人デイサービスセンター（認知症対応型通所介護事業・介護予防認知症対応型通所介護事業）・老人福祉法第5条の2第5項に規定する小規模多機能型居宅介護事業（小規模多機能型居宅介護事業・介護予防小規模多機能型居宅介護事業）・老人福祉法第5条の2第6項に規定する認知症対応型老人共同生活援助事業（認知症対応型共同生活介護事業・介護予防認知症対応型共同生活介護事業）・老人福祉法第5条の2第7項に規定する複合型サービス福祉事業（看護小規模多機能型居宅介護）・介護保険法第8条第20項に規定する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業）を市街化調整区域内に下記のとおり計画しており、当該施設が都市計画法第34条第1号に該当するものであることを申し出ます。

### 記

- 1 事業概要
  - (1) 事業所名
  - (2) 事業の種類
  - (3) 具体的な用途
  - (4) 事業を実施しようとする所在地
  - (5) 事業開始予定日
- 2 設置主体及び運営主体
- 3 施設の規模及び構造
  - (1) 敷地面積及び地目
  - (2) 敷地との所有関係
  - (3) 敷地面積（㎡）
  - (4) 建築面積（㎡）
  - (5) 延床面積（㎡）
  - (6) 建物の構造
  - (7) 工事の種類（新築、建て替えの別）
- 4 添付資料
  - (1) 建築しようとする土地の登記簿謄本
  - (2) 建築しようとする土地の位置図
  - (3) 建築しようとする建物の配置図、平面図及び立面図
  - (4) 申請者（法人）の定款・寄附行為及びその登記簿謄本等
  - (5) 認知症対応型通所介護事業等の事業者の主な記載事項（様式2）
  - (6) 運営規程
  - (7) 事業所の管理者の経歴書（様式3）
  - (8) 医療機関との連携協力を証するもの（小規模多機能型居宅介護事業所、介護予防小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、介護予防認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所）
  - (9) 資金計画書
  - (10) 誓約書（様式4）
  - (11) 役員証明書（様式5）

認知症対応型通所介護事業等の事業者の主な記載事項

認知症対応型通所介護事業者・介護予防認知症対応型通所介護事業者（単独型・併設型）用

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	（郵便番号 ー ）				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
管理 予 定 者	フリガナ		住所	（郵便番号 ー ）		
	氏名					
食堂及び機能訓練室の合計面積			m <sup>2</sup>			
利用予定定員（事業所計）			人			
事業 概 要	従業者の職種・員数		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員
	常勤予定者（人）					
	非常勤予定者（人）					
	営業予定日					
	サービス提供時間 （送迎時間を除く）					
	利用予定定員		人			
	利用料		法定代理受領分（1割負担分）			
			法定代理受領分以外			
その他の費用						
通常の事業実施地域						
利用者のうち周辺居住者が過半数を超えることの証明						
適用法令		法 第 条 第 項 第 号 該当施設				

※ 2単位目以降については、認知症対応型通所介護事業等の事業者の主な記載事項（2単位目以降）に記入してください。

（注意）認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）の単位とは、同時に、一体的に提供される認知症対応型通所介護をいうものであることから、例えば、次のような場合は、2単位として扱われ、それぞれの単位ごとに必要な従業者を確保する必要がある。

- ・認知症対応型通所介護が同時に一定の距離を置いた2つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われていると言えない場合
- ・午前と午後とで別の利用者に対して認知症対応型通所介護を提供する場合

認知症対応型通所介護事業等の事業者の主な記載事項(2単位目以降)  
 認知症対応型通所介護事業者・介護予防認知症対応型通所介護事業者(単独型・併設型)用

事業所	フリガナ				
	名称				
単位 ②	従業者の職種・員数	生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員
	常勤予定者(人)				
	非常勤予定者(人)				
	営業予定日				
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)				
	利用予定定員	人			
単位 ③	従業者の職種・員数	生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員
	常勤予定者(人)				
	非常勤予定者(人)				
	営業予定日				
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)				
	利用予定定員	人			
単位 ④	従業者の職種・員数	生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員
	常勤予定者(人)				
	非常勤予定者(人)				
	営業予定日				
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)				
	利用予定定員	人			

認知症対応型通所介護事業等の事業者の主な記載事項

認知症対応型通所介護事業者・介護予防認知症対応型通所介護事業者（共用型）用

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	
本体施設	種別			事業所番号	
	名称			開設年月日	
本体の事業所等の入居者を含めた利用予定者数		人		当該事業の利用予定定員	人
管理予定者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )
	氏名				
従業者の職種・員数 (本態の従業者数との合計数)		本体施設の種別（該当する施設のみ記入）			
		(介護予防)認知症対応型 共同生活介護事業所		地域密着型介護老人福祉施設	
		介護従業者		介護職員又は看護職員	
		常勤予定者（人）			
		非常勤予定者（人）			
事業概要	営業予定日				
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)				
	利用料		法定代理受領分（1割負担分）		
			法定代理受領分以外		
	その他の費用				
通常の事業実施地域					
利用者のうち周辺居住者が過半数を超えることの証明					
適用法令	法 第 条 第 項 第 号 該当施設				

認知症対応型通所介護事業等の事業者の主な記載事項

小規模多機能型居宅介護事業者・介護予防小規模多機能型居宅介護事業者及び  
看護小規模多機能型居宅介護事業者用

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		
管理予定者	フリガナ		住所	(郵便番号 - )		
	氏名					
通いサービスの利用予定者数（推定数を記入）				人		
登録予定定員	人	通いサービスの利用予定定員	人	宿泊サービスの利用予定定員	人	
従業者の職種・員数		介護従業者	看護職員	介護支援専門員		
常勤予定者（人）						
非常勤予定者（人）						
建物構造概要	耐火構造物、準耐火構造物等の別					
	居間及び食堂の合計面積		m <sup>2</sup>			
	個室の宿泊室	室	個室以外の宿泊室の合計面積	m <sup>2</sup>	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	人
	防災設備		スプリンクラー設置		有 ・ 無	
事業概要	営業予定日					
	営業予定時間					
	登録定員		人			
	通いサービスの利用定員		人			
	宿泊サービスの利用定員		人			
	利用料		法定代理受領分（1割負担分） 法定代理受領分以外			
	その他の費用					
通常の事業実施地域						
協力医療機関	名称		主な診療科名			
	名称		主な診療科名			
	名称		主な診療科名			
利用者のうち周辺居住者が過半数を超えることの証明						
適用法令	法 第 条 第 項 第 号 該当施設					

認知症対応型通所介護事業等の事業者の主な記載事項

認知症対応型共同生活介護事業者・介護予防認知症対応型共同生活介護事業者用

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	
併設される小規模多機能型居宅介護事業所（併設事業所がある場合のみ記入）		名称				
		事業所番号				
管理予定者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )	
	氏名					
共同生活住居数		戸	共同生活住居①		共同生活住居②	
利用者予定数 (推定数を記入)		人	人		人	
従業者の職種・員数		介護従業者	計画作成担当者	介護従業者	計画作成担当者	
常勤予定者（人）						
非常勤予定者（人）						
事業概要	居室数	(うち個室 室)		(うち個室 室)		
	利用定員	人		人		
	利用料	法定代理受領分（1割負担分）				
		法定代理受領分以外				
	その他の費用					
協力医療機関	名称			主な診療科名		
	名称			主な診療科名		
	名称			主な診療科名		
耐火構造物、準耐火構造物等の別						
防災設備		スプリンクラー設置		有 ・ 無		
利用者のうち周辺居住者が過半数を超えることの証明						
適用法令	法 第 条 第 項 第 号 該当施設					



## 認知症対応型通所介護事業等の事業者の主な記載事項

### 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業者用

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			
管理者 (予定)	フリガナ				住所	(郵便番号      -      )			
	氏名								
	同一敷地内の他の事業所、施設又は 本体施設の従業者との兼務（兼務 の場合のみ記入）	名称				事業所番号			
		兼務する職種及び勤務時間等							
本体施設の有無		有 ・ 無							
併設事業所の有無		有 ・ 無		併設事業所の名称、定員					
短期入所生活介護の実施の有無		有 ・ 無		事業の実施形態		空床型・併設型			
利用定員（予定数）		人		短期入所利用定員 (併設型の場合)		人			
従業者の職種・員数		医 師		生活相談員		介護職員		看護職員	
		専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務
常勤予定者（人）									
非常勤予定者（人）									
		栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置しない場合の措置	
		専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務		
常勤予定者（人）									
非常勤予定者（人）									
利用料		法定代理受領分（1割負担分）							
		法定代理受領分以外							
その他の費用									
協力 医療 機関	名称				主な診療科名				
	名称				主な診療科名				
	名称				主な診療科名				
耐火構造物、準耐火構造物等の別									
防災設備		スプリンクラー設置			有 ・ 無				
利用者のうち周辺居住者が過半数を超えることの証明									
適用法令		法 第    条 第    項 第    号 該当施設							

- 1 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。
- 2 「短期入所生活介護を実施予定の場合、事業の実施形態（空床型・併設型の別）」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方に○を付してください。
- 3 「※兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記載してください。

### 事業所の管理者の経歴書

事業所又は施設の名称			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	(郵便番号 - )		
主 な 職 歴 等			
年 月	勤 務 先 等	職 務 内 容	
職 務 に 関 す る 資 格			
資 格 の 種 類		資 格 取 得 年 月 日	
備考（認知症介護研修等の受講の状況等）			

## 誓約書

平成 年 月 日

加古川市長 様

申請者（法人）所在地

申請者（法人）名 代表者職名 氏名 ⑩

私は、介護保険による指定（認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）事業者としての指定を受けるとともにその基準及び関係法令を遵守し、当該施設を認知症対応型通所介護事業等以外の用に供しないことを申し出ます。（小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護）建設に際し、スプリンクラーを設置することを誓約します。

また、老人福祉法に規定する下記事業を実施するにあたっては、同法で規定する事業開始等の届出を加古川市長あてに事前に提出します。

なお、上記申し出に反する場合には、当該施設を撤去することを誓約します。

### 記

- 1 事業所名
- 2 事業の種類
- 3 具体的な用途
- 4 事業を実施しようとする所在地
- 5 事業開始予定日

## 役員証明書

年      月      日

加古川市長 様

申請者（法人）所在地  
申請者（法人）名      代表者職名      氏名                      <sup>㊟</sup>

当法人の役員等（当該法人の役員とは、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、**その事業所を管理する予定者（管理予定者）**その他の政令で定める使用人を含む。）は下記のとおりであり、介護保険法に規定する事業者の指定の欠格事由に該当しないことを証します。

※事業所の管理予定者も必ず記載してください。

役員名簿（申請者が法人の場合）			
事業所名及び事業者番号		(番号：28 )	
(フリガナ) 氏名	生年月日	郵便番号	住 所
	役職名・呼称・就任年月日	TEL	FAX
		〒    -	
		TEL	FAX
		〒    -	
		TEL	FAX
		〒    -	
		TEL	FAX
		〒    -	
		TEL	FAX
		〒    -	
		TEL	FAX
		〒    -	
		TEL	FAX
		〒    -	
		TEL	FAX
		〒    -	
		TEL	FAX
		〒    -	
		TEL	FAX
		〒    -	
		TEL	FAX
	管理予定者	TEL	FAX

開発指導課長 様

介護保険課長

認知症対応型通所介護事業等の用に供する建築物の立地について（通知）

平成 年 月 日付けで協議申し出のありました下記の建築計画については、介護保険関係法令に規定された指定事業所の指定基準に（適合する見込みであり、・適合していないことから、）（老人福祉法第5条の2第3項に規定する老人デイサービス事業（認知症対応型通所介護事業・介護予防認知症対応型通所介護事業）及び第5条の3に規定する老人デイサービスセンター（認知症対応型通所介護事業・介護予防認知症対応型通所介護事業）・老人福祉法第5条の2第5項に規定する小規模多機能型居宅介護事業（小規模多機能型居宅介護事業・介護予防小規模多機能型居宅介護事業）・老人福祉法第5条の2第6項に規定する認知症対応型老人共同生活援助事業（認知症対応型共同生活介護事業・介護予防認知症対応型共同生活介護事業）・老人福祉法第5条の2第7項（看護小規模多機能型居宅介護）・介護保険法第8条第20項に規定する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業）の用に供する建築物として（認められる。・認められない。）

記

- 1 事業を予定する者の法人名及び所在地
- 2 事業の種類
- 3 具体的な用途
- 4 事業を実施しようとする所在地