

平成18年3月10日

都道府県介護保険担当主管課（室） 御中

厚生労働省老健局振興課

指定介護予防支援事業所の指定等に関する参考規則・様式（案）について

介護保険法に基づく指定介護予防支援事業所の指定、地域包括支援センター設置の届出に関する参考規則・様式（案）を作成致しましたので送付致します。

また、この参考規則・様式（案）は、その規定振りの一つの例を示したものであり、文言、様式、形式を拘束するものではありませんので、各市町村において適宜追加・修正を行ったうえで活用してください（申請及び届出書類については下記の表をあわせてご参照ください）。

各都道府県におかれましては、管下の市町村に対して、本資料を速やかに配布していただきますようお願い申し上げます。

なお、本資料は、WAM NET (Word版) に掲載する予定です。

(参考)

申請及び届出書類

主 体	地域包括支援センター	指定介護予防支援事業所
市町村	届出不要	介護保険法施行規則（以下「施行規則」という。）第百四十条の二十五に規定する事項
市町村以外	施行規則第百四十条の三十一に規定する事項	施行規則第百四十条の二十五に規定する事項。ただし、第百四十条の二十五第二項により省略化できる。

※市町村以外・・・老人介護支援センターの設置者、一部事務組合若しくは広域連合を組織する市町村、医療法人、社会福祉法人等

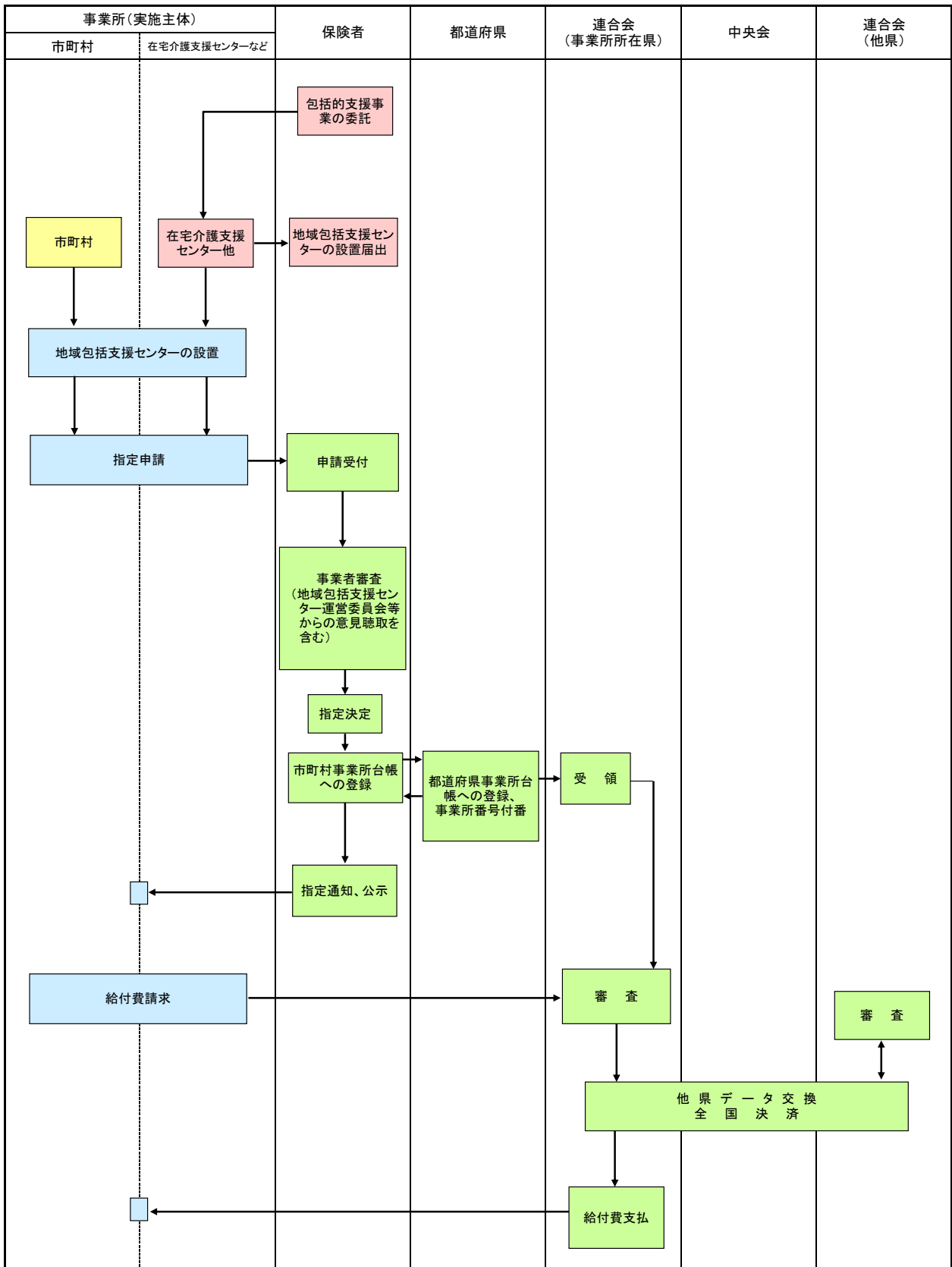
照会先

厚生労働省老健局振興課 基準係
法令係

TEL 03-5253-1111（内線 3983・3937）

FAX 03-3503-7894

指定介護予防支援事業所の指定等に係る事務の流れ



〇〇市（町・村）指定介護予防支援事業所の指定等に関する規則（参考例）

（趣旨）

第1条 この規則は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」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、指定介護予防支援事業所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 法第115条の20第1項の規定による申請は、様式第1号による指定申請書により行うものとする。

2 法第115条の20第1項の規定により指定を受けた者は、その旨を当該指定に係る事業所の見やすい場所に標示するものとする。

（変更の届出等）

第3条 法第115条の23の規定による届出は、施行規則第140条の28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、事業の廃止、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。

（指定の更新の届出）

第4条 法第115条の28において準用する法第70条の2の規定による申請は、様式第4号による更新申請書により行うものとする。

（都道府県等への情報提供）

第5条 市（町・村）長は、前三条の規定による指定、指定の更新又は届出の受理又は更新（以下この条において「指定等」という。）をしたときは、都道府県、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して、当該指定等に係る事業所に関する情報のうち、次に掲げる事項を提供することができる。

- (1) 事業所の名称及び所在地
- (2) 当該事業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その代表者の氏名、生年月日、住所及び職名
- (3) 指定年月日及び指定更新年月日並びに指定有効期間満了日
- (4) 事業開始年月日
- (5) 運営規程
- (6) 介護保険事業所番号
- (7) 管理者の氏名、生年月日及び住所

- (8) 役員の氏名、生年月日及び住所
- (9) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号
(公示)

第6条 法第115条の27の規定による公示は、法第115条の27各号の措置に係る事業所に関する次に掲げる事項について行うものとする。

- (1) 介護保険事業所番号
- (2) 指定介護予防支援事業所の名称及び所在地
- (3) 当該事業所の指定の申請者及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所
- (4) 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

(実施細目)

第7条 この規則に規定するもののほか、指定介護予防支援事業所の指定等に関し必要な事項は、市（町・村）長が別に定める。

附 則

(施行期日)

第1条 この規則は、平成18年4月1日から施行する。

(指定等を行うために必要な準備)

第2条 市（町・村）長は、この規則の施行日前においても、指定介護予防支援事業所の指定に関し必要な手続を行うことができる。

受付番号	
------	--

指定介護予防支援事業所 指定申請書

年 月 日

市町村長 殿

所在地
申請者
名 称

印

介護保険法に規定する指定介護予防支援事業所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。

事業所所在地市町村番号	
-------------	--

申請者	フリガナ 名称				
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 —)			
		県	郡市		
		(ビルの名称等)			
	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・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 —)				
	県	郡市			
	(ビルの名称等)				
事業所等の所在地	(郵便番号 —)				
	県	郡市			
	(ビルの名称等)				
当該申請に係る事業の開始の予定年月日			地域包括支援センターの設置年月日（設置している場合に記入）		

- 備考 1 「受付番号」「事業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」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄、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載してください。
- 4 地域包括支援センターの設置の届出を既に行っている場合において、既に当該市町村長に提出している事項に変更がないときは、これらの事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略させることができる。

付表 指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市			
	連絡先	電話番号	FAX 番号		
当該事業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				
	地域包括支援センターにおける他の職務との兼務の有無			有・無	
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称	兼務する職種及び勤務時間等		
事業開始時の利用者の推定数		人			
従業者の職種・員数(人)		担当職員		その他の職員(事務職員等)	
		専従	兼務	専従 兼務	
常勤(人)					
非常勤(人)					
主な揭示事項	営業日				
	営業時間				
	利用料	法定代理受領分以外			
	その他の費用				
	通常の事業実施地域				
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、従業者については、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。
 - 5 「担当職員」については、指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等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(平成18年厚生労働省令第00号)第2条に規定する担当職員の員数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

主たる事業所の名称

番号	添付書類	該当欄	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又は条例等		
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表		
3	事業所の管理者の経歴		
4	事業所の平面図		
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	関係市町村並びに他の保険医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容		
9	法第115条の20第2項各号に該当しないことを誓約する書面		
10	役員の氏名等		
11	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。

2 該当欄に「○」を付してください。

3 地域包括支援センターの設置の届出をしている場合において、既に市町村長に提出している事項に変更がないときは、上記書類の提出を省略することができる。

第2号様式（第3条関係）

変 更 届 出 書

年 月 日

市町村長 殿

住所
申請者（所在地）
氏名
（名称及び代表者氏名） 印

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		名称							
		所在地							
変 更 が あ っ た 事 項		変 更 の 内 容							
1	事業者の名称	(変更前)							
2	事業者の所在地								
3	主たる事務所の所在地								
4	代表者の氏名、生年月日及び住所								
5	定款・寄附行為及びその登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)								
6	事業者の平面図	(変更後)							
7	事業者の管理者の氏名、生年月日及び住所及び経歴								
8	運営規程								
9	当該申請に係る事業に係る介護予防サービス計画費 の請求に関する事項								
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		平成	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

年 月 日

市町村長 殿

住所
申請者（所在地）
氏名
（名称及び代表者氏名） 印

次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしましたので届け出ます。

	介護保険事業者番号								
廃止（休止・再開）する事業所	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	平成 年 月 日								
休止・廃止した理由									
現に介護予防支援を受けていた者に対する措置（休止・廃止した場合のみ）									
休止予定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日								

備考 事業の再開に係る届出にあつては、施行規則に定める当該事業に係る従業者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。

指定介護予防支援事業所 指定更新申請書

年 月 日

市町村長 殿

所在地
申請者
名 称 印

介護保険法に規定する指定介護予防支援事業所に係る指定更新を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

		事業所所在地市町村番号			
申請者	フリガナ 名称	-----			
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市			
		(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 氏名	生年月日
		代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市		
	(ビルの名称等)				
代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市				
	(ビルの名称等)				
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	
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき				
	フリガナ 名称	-----			
	所在地	(郵便番号 ー)			
連絡先	電話番号		FAX 番号		
現に受けている指定の有効期間満了 日					
役員の氏名、生年月日及び住所			別添のとおり		
誓約書			別添のとおり		
介護支援専門員の氏名及びその登録番号			別添のとおり		

- 備考 1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
 2 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。
 3 上記に掲げる指定の更新に係る記載事項について、施行規則に規定する省略可能な事項を省略した様式となっていることから、各市町村において必要に応じて、施行規則に規定するその他の事項について追加されたい。

(参考様式第〇号)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (年 月分) サービス種類 ()
事業所 ()

職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週 合計	週平均の 勤務時間	常勤換 算後の 人数
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			
			*																														
	(記載例-1)		①	①	③	②	④	①	④																								
	(記載例-2)		ab	ab	ab	cd	de	e	e																								

備考 1 * 欄には、当該月の曜日を記入してください。

2 申請する事業に係る従業者全員（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。勤務時間後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1-勤務時間 ①8:30~17:00、②16:30~1:00、③0:30~9:00、④休日)
 (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)

3 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B~Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。
 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

4 常勤換算が必要な職種は、A~Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。

5 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

6 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。

7 各事業所・施設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。

(参考様式第〇号)

〇〇〇の経歴書

事業所の名称			
カナ			
氏名		生年月日	年 月 日
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 「〇〇〇」には、「管理者」、「サービス提供責任者」又は「経験看護師等」と記入してください。
 2 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

(参考様式第〇号)

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所名	
------	--

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 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等

4 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。

(参考様式第〇号)

介護保険法第百十五条の二十二第二項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

〇〇市町村長 殿

申請者 住所

氏名 (名称及び代表者名)

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。(申請者の役員が下記の第八号イから二に該当しないことを誓約します。)

記

(介護保険法第百十五条の二十二第二項)

- 一 申請者が法人でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第百十五条の二十二第一項の厚生労働省令で定める基準及び同項の厚生労働省令で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第百十五条の二十二第二項に規定する指定介護予防支援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又は指定介護予防支援の事業の運営に関する基準に従って適正な介護予防支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの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、第百十五条の二十六の規定により指定を取り消され、その取消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、第百十五条の二十六の規定による指定の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第百十五条の二十三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 申請者の役員等のうちに次のいずれかに該当する者があるとき。
 - イ 禁錮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 第百十五条の二十六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第百十五条の二十三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

(参考様式第〇号)

役 員 名 簿				
氏 名 <small>(ふりがな)</small>	生 年 月 日	住 所		押 印
	役職名・呼称	TEL	FAX	
備考 1 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。				

(参考様式第〇号) 当該事業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

地域包括支援センター設置の届出書

受付番号	
------	--

年 月 日

市町村長 殿

所在地
届出者
名 称

印

下記のとおり、介護保険法に規定する地域包括支援センターについて、関係書類を添えて届出します。

		事業所所在地市町村番号			
届出者	フリガナ 名称	-----			
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)			
	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・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 -) 県 郡市				
	(ビルの名称等)				
事業所等の所在地	(郵便番号 -) 県 郡市				
	(ビルの名称等)				
地域包括支援センター設置の予定年月日		担当する区域			

- 備考 1 「受付番号」「事業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」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄、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載してください。

付表 地域包括支援センターの届出に係る記載事項

受付番号	
------	--

地域包括支援センター	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -)						
		県		郡市				
連絡先	電話番号				FAX番号			
当該事業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
職員の職種・員数(人)	保健師		社会福祉士		主任介護支援 専門員		その他の職員 (事務職員等)	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)								
非常勤(人)								
営業日								
営業時間								
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 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、従業者については、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。

別添

受付番号

届出に係る添付書類一覧

主たる事業所の名称

番号	添 付 書 類	備 考
1	届出者の定款、寄附行為等及びその登録事項証明書	
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	
3	事業所の平面図	
4	職員の氏名、生年月日、住所及び職名、経歴	

備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

【指定介護予防支援事業者の申請・地域包括支援センターの届出関係（案）】
 ○介護保険法施行規則（平成十一年厚生省令第三十六号）（抄）「抜粋」

（傍線の部分は改正部分）

改 正 案	現 行
<p>第八節 指定介護予防支援事業者 （指定介護予防支援事業者に係る指定の申請） 第四百十条の二十五 法第十五条の二十第一項の規定により指定 介護予防支援事業者の指定を受けようとする者は、次に掲げる事 項を記載した申請書又は書類を、当該指定の申請に係る事業者の 所在地の市町村長に提出しなければならない。</p> <p>一 事業者の名称及び所在地 二 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の 氏名、生年月日、住所及び職名 三 当該申請に係る事業の開始の予定年月日 四 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例 等 五 事業者の平面図 六 事業者の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 七 当該申請に係る事業の開始時の利用者の推定数 八 運営規程 九 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 十 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態 十一 当該申請に係る事業に係る資産の状況 十二 関係市町村並びに他の保健医療サービス及び福祉サービス の提供主体との連携の内容 十三 当該申請に係る事業に係る介護予防サービス計画費の請求 に関する事項 十四 誓約書 十五 役員 の 氏 名、生年月日及び住所</p>	

十六 介護支援専門員の氏名及びその登録番号

十七 その他指定に関し必要と認める事項

2 前項の規定にかかわらず、市町村長は、当該指定を受けようとする者が法第十五条の三十九第三項の規定に基づき地域包括支援センターの設置の届出をしている場合において、既に当該市町村長に提出している前項各号に掲げる事項に変更がないときは、これらの事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略させることができる。

3 法第十五条の二十八において準用する法第七十条の二第一項の規定に基づき指定介護予防支援事業者の指定の更新を受けようとする者は、第一項各号（第三号及び第十四号を除く。）に掲げる事項及び次に掲げる事項を記載した申請書又は書類を、当該指定に係る事業所の所在地を管轄する市町村長に提出しなければならない。

一 現に受けている指定の有効期間満了日

二 誓約書

4 前項の規定にかかわらず、市町村長は、当該申請に係る事業者が既に市町村長に提出している第一項第四号から第十三号までに掲げる事項に変更がないときは、これらの事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略させることができる。

（指定介護予防支援事業者の名称等の変更の届出等）

第四百四十条の二十八 指定介護予防支援事業者は、第四百四十条の二十五第一号、第二号、第四号（当該指定に係る事業に関するものに限る。）から第六号まで、第八号、第十三号、第十五号及び第十六号に掲げる事項に変更があったときは、当該変更に係る事項について当該指定介護予防支援事業者の事業所の所在地を管轄する市町村長に届け出なければならない。この場合において、管理者及び役員の変更に伴うものは、誓約書を添付して行うものとする。

2| 指定介護予防支援事業者は、当該指定介護予防支援の事業を廃止し、休止し、又は再開したときは、次に掲げる事項を当該指定介護予防支援事業者の事業所の所在地を管轄する市町村長に届け出なければならない。

- 一| 廃止、休止又は再開した年月日
- 二| 廃止又は休止した場合にあつては、その理由
- 三| 廃止又は休止した場合にあつては、現に指定介護予防支援を受けていた者に対する措置
- 四| 休止した場合にあつては、休止の予定期間

(地域包括支援センターの設置の届出)

第四百四十条の三十一 法第百十五条の三十九第三項の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一| 地域包括支援センター(当該地域包括支援センターの所在地以外の場所に包括的支援事業(法第百十五条の三十九第一項に規定する包括的支援事業をいう。以下同じ。)及び前条に規定する事業を実施する従たる事務所を有するときは、当該従たる事務所を含む。第三号及び第五号において同じ。)の名称及び所在地

二| 法第百十五条の四十第一項の委託を受けた者(以下この条において「受託者」という。)であつて、法第百十五条の三十九第三項の届出を行うものの名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名

三| 地域包括支援センターの設置の予定年月日

四| 受託者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書

五| 地域包括支援センターの平面図

六| 職員の職種及び員数

七| 職員の氏名、生年月日、住所及び経歴

八| 営業日及び営業時間

九| 担当する区域

十 その必要と認める事項

2 受託者は、収支予算書及び事業計画書並びに適切、公正かつ中立な業務の運営を確保するための措置について記載した文書を市町村長に提出しなければならない。