

砥部町介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者の指定等に関する要綱

平成 29 年 2 月 14 日

砥部町告示第 14 号

(趣旨)

第 1 条 この告示は、介護保険法（平成 9 年法律第 1 2 3 号。以下「法」という。）及び介護保険法施行規則（平成 1 1 年厚生省令第 3 6 号。以下「施行規則」という。）に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の事業者の指定に関し必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第 2 条 この告示において使用する用語は、法で使用する用語の例による。

(指定の申請)

第 3 条 法第 1 1 5 条の 4 5 の 5 第 1 項の規定に基づく指定（以下「指定事業者の指定」という。）を受けようとする者は、砥部町介護予防・日常生活支援総合事業指定申請書（様式第 1 号。以下「指定申請書」という。）に関係書類を添えて町長に提出しなければならない。

(指定事業者の指定等)

第 4 条 町長は、指定申請書を受理した場合は、速やかにその内容を審査し、指定するものと認めるときは砥部町介護予防・日常生活支援総合事業事業者指定通知書（様式第 2 号）により、指定しないものと認めるときは砥部町介護予防・日常生活支援総合事業事業者不承認通知書（様式第 3 号）により、申請をした者に通知するものとする。

2 前項の規定により指定を受けた者（以下「指定事業者」という。）は、その旨を当該指定に係る事業所の見やすい場所に表示するものとする。

3 施行規則第 1 4 0 条の 6 3 の 7 の規定により町が定める指定事業者の指定の期間は、6 年とする。

(事業者のみなし指定)

第 5 条 町長は、平成 2 9 年 3 月 3 1 日において、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護に係る指定介護予防サービスを行う事業者として県の指定を受けた事業者を、この告示の施行の日において総合事業の指定を受けたみなし指定に準ずるものとして、第 1 号訪問事業及び第 1 号通所事業を実施する場合において、指定の申請を免除するものとする。

2 前項の場合において、当該事業者が事業施行日の前日までに、総合事業へ

移行しない旨の申出を町長に対して行った場合には、この限りでない。

- 3 第1項に規定するみなし指定に準ずるものに係る指定の有効期間は、平成30年3月31日までとする。

(指定の拒否)

第6条 町長は、指定事業者の指定を行うことにより、砥部町介護保険事業計画に定める地域支援事業に係る計画量を超過する場合その他の地域支援事業の円滑かつ適切な実施に際し支障が生じると認められる場合においては、指定事業者の指定を行わないことができる。

(変更の届出等)

第7条 指定事業者は、申請事項に変更があったときは、その変更があった日から10日以内に、砥部町介護予防・日常生活支援総合事業変更届出書(様式第4号)を町長に提出しなければならない。

- 2 指定事業者は、当該指定に係る事業を廃止し、又は休止しようとするときは、その廃止又は休止の日の1月前までに、砥部町介護予防・日常生活支援総合事業廃止・休止届出書(様式第5号)を町長に提出しなければならない。
- 3 指定事業者は、当該指定に係る事業を再開しようとするときは、当該再開しようとする日の10日前までに、砥部町介護予防・日常生活支援総合事業再開届出書(様式第6号)を町長に提出しなければならない。

(指定の更新の申請等)

第8条 指定事業者は、法第115条の45の6第1項の規定により指定の更新を受けようとするときは、当該指定の有効期間の満了の日の1月前までに、砥部町介護予防・日常生活支援総合事業指定更新申請書(様式第7号)に関係書類を添えて、町長に提出しなければならない。

- 2 町長は、前項の申請書を受理した場合は、速やかにその内容を審査し、指定を更新するものと認めるときは砥部町介護予防・日常生活支援総合事業事業者指定更新通知書(様式第8号)により、指定を更新しないものと認めるときは砥部町介護予防・日常生活支援総合事業事業者指定更新不承認通知書(様式第9号)により、申請をした者に通知するものとする。
- 3 前項の規定により指定の更新を受けた事業者は、その旨を当該指定に係る事業所の見やすい場所に表示するものとする。

(指定の取消し等)

第9条 町長は、法第115条の45の9の規定により、指定事業者の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定事業者の指定の全部若しくは一部の効

力を停止するときは、砥部町介護予防・日常生活支援総合事業事業者取消・停止通知書（様式第10号）により、当該指定事業者に通知するものとする。

（事業者情報の提供）

第10条 町長は、第3条から前条までの規定による指定及び指定の更新、届出の受理、指定の取消し又は効力の停止（以下この条において「指定等」という。）をしたときは、愛媛県、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
  - (3) 指定年月日、指定更新年月日、指定有効期間満了日、指定辞退年月日及び指定取消年月日
  - (4) 事業開始年月日
  - (5) 運営規程
  - (6) 介護保険事業所番号
  - (7) その他指定等に関し必要と認める事項
- （委任）

第11条 この告示に規定するもののほか、総合事業における指定事業者の指定等に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

（施行期日）

- 1 この告示は、平成29年4月1日から施行する。

（準備行為）

- 2 町長は、この告示の施行の日前においても、指定事業者の指定等に関し必要な手続を行うことができる。

附 則

この告示は、平成30年11月13日から施行する。

様式第1号(第3条関係)

砥部町介護予防・日常生活支援総合事業指定申請書

年 月 日

砥部町長 様

所在地

申請者

名 称



介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所所在市町村番号

申請者	フリガナ						
	名 称						
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 — )				
	連絡先		電話番号			FAX番号	
	法人の種類別				法人所轄庁		
	代表者の職名・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 — )				
指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ						
	事業所の名称						
	事業所の所在地		(郵便番号 — )				
	連絡先		電話番号			FAX番号	
	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日		様式
	事業第1号事業サービス 介護予防・日常生活支援総合	訪問型サービス (現行相当)					付表1
		訪問型サービスA					付表1
通所型サービス (現行相当)					付表2		
通所型サービスA					付表2		
介護保険事業所番号			(既に指定を受けている場合)				
医療機関コード等							

(裏面)

備考

- 1 「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」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 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
- 6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- 7 保険医療機関、保健薬局、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、その全てを記載してください。

付表1-1

(第1号訪問事業) 事業所指定に係る記載事項

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	フリガナ			住所	(郵便番号 - )
	氏名				
	生年月日				
	当該訪問介護事業所等で兼務する他の職種				
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設		事業所等の名称		
		兼務する職種及びその職種に従事する時間等			
サービス提供者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )
	氏名				
	フリガナ			住所	(郵便番号 - )
	氏名				
従業者の職種及び員数		訪問介護員等			
		専従	兼務		
常勤(人)					
非常勤(人)					
常勤換算後の人数(人)					
※基準上の必要人数(人)					
※適合の可否					
主な揭示事項	営業日				
	営業時間				
	利用料	法定代理受領分			
		法定代理受領分以外			
	その他の費用				
通常の事業の実施地域					
添付書類	別添のとおり				

(裏面)

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別葉に記載した書類を添付すること。
- 2 出張所等がある場合、所在地、従業者、営業時間等を付表 1 - 2 に記載すること。
- 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。
- 4 次に掲げる書類を添付すること。
  - (1) 申請者の登記事項証明書又は条例等
  - (2) 事業所の平面図
  - (3) 運営規程
  - (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を記載した書類
  - (5) 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を記載した書類
  - (6) 介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 115 条の 45 の 5 第 2 項の規定に該当しない旨の誓約書
  - (7) 当該指定介護予防訪問介護相当サービス以外のサービスを実施しようとするときは、当該指定介護予防訪問介護相当サービスに係る部分とそれ以外のサービスに係る部分の料金の状況が分かる料金表
- 5 用紙の大きさは、日本工業規格 A 4 とすること。

付表1-2

第1号訪問事業を事業所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

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	
主な 掲 示 事 項	営業日				
	営業時間				
	利用料	法定代理受領分			
		法定代理受領分以外			
	その他の費用				
	通常の実施地域				
添付書類	別添のとおり				

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別葉に記載した書類を添付すること。
- 2 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

付表2-1

(第1号通所事業) 事業所指定に係る記載事項

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	フリガナ					住所	(郵便番号 - )				
	氏名										
	生年月日										
	当該訪問介護事業所等で兼務する他の職種										
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設		事業所等の名称								
		兼務する職種及びその職種に従事する時間等									
実施単位数	単位	同時に通所(療養)介護、介護予防通所介護、介護予防通所介護相当サービスの提供を受けることができる利用者数の上限							人		
従業者の職種・員数 (単位別)		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
常勤(人)											
非常勤(人)											
※基準上の必要人数(人)											
※適合の可否											
食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡		※基準上の面積			㎡		※適合の可否	
主な 掲 示 事 項	利用定員	人									
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日	
	営業時間	平日			土曜日			日曜日・祝日		備考	
		~			~			~			
	利用料	法定代理受領分									
		法定代理受領分以外									
その他の費用											
通常の事業実施地域											
添付書類	別添のとおり										

(裏面)

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別葉に記載した書類を添付すること。
- 2 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、付表2-2に記載し添付すること。
- 3 本事業所の所在地以外の場所で本事業の一部を実施するときは、付表2-3に必要な事項を記載の上、添付すること。
- 4 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。
- 5 次に掲げる書類を添付すること。
  - (1) 申請者の登記事項証明書又は条例等
  - (2) 事業所の平面図及び設備の概要を記載した書類
  - (3) 運営規程
  - (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を記載した書類
  - (5) 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を記載した書類
  - (6) 介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書
  - (7) 当該指定介護予防通所介護相当サービス以外のサービスを実施しようとするときは、当該指定介護予防通所介護相当サービスに係る部分とそれ以外のサービスに係る部分の料金の状況が分かる料金表
- 6 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

付表2-2

(第1号通所事業) 事業所指定に係る記載事項 (複数単位実施する場合)

事業所	フリガナ																			
	名称																			
2 単 位	従業者の職種・員数 (単位別)	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員												
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務											
		常勤(人)																		
		非常勤(人)																		
		※基準上の必要人数(人)																		
	主な 揭示 事項	利用定員	人																	
		営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日									
		営業時間	平日			土曜日			日曜日・祝日			備考								
			~			~			~											
	3 単 位	従業者の職種・員数 (単位別)	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員											
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務										
			常勤(人)																	
			非常勤(人)																	
			※基準上の必要人数(人)																	
		主な 揭示 事項	利用定員	人																
			営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日								
営業時間			平日			土曜日			日曜日・祝日			備考								
			~			~			~											
4 単 位		従業者の職種・員数 (単位別)	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員											
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務										
			常勤(人)																	
			非常勤(人)																	
			※基準上の必要人数(人)																	
		主な 揭示 事項	利用定員	人																
			営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日								
	営業時間		平日			土曜日			日曜日・祝日			備考								
			~			~			~											

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別葉に記載した書類を添付すること。
- 2 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

付表2-3

(第1号通所事業)を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

事業所	フリガナ											
	名称											
一部事業施設数												
一部事業施設	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 - )										
	連絡先	電話番号						FAX番号				
	実施単位数	単位										
	食堂及び機能訓練室の合計面積	m <sup>2</sup>		※基準上の面積			m <sup>2</sup>		※適合の可否			
	同時に通所介護の提供を受けることができる利用者数の上限								人			
	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			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
	※基準上の必要人数(人)											
	※適合の可否											
	主な掲示事項											
利用定員		人										
営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		
営業時間		平日			土曜日			日曜日・祝日		備考		
		~			~			~				

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別葉に記載した書類を添付すること。
- 2 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

第 号  
年 月 日

様

砥部町長



砥部町介護予防・日常生活支援総合事業事業者指定通知書

年 月 日付けの申請については、下記のとおり指定するよう決定しましたので、砥部町介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者の指定等に関する要綱第4条の規定により通知します。

記

指 定 事 業 者 の 名 称	
主たる事務所の所在地	
事 業 所 の 名 称	
所 在 地	
代 表 者 の 氏 名	
介 護 保 険 事 業 所 番 号	
サ ー ビ ス 種 類	
指 定 年 月 日	
指定の有効期間の満了の日	

第 号  
年 月 日

様

砥部町長



砥部町介護予防・日常生活支援総合事業事業者不承認通知書

年 月 日付けの申請については、次のとおり承認しないよう決定しましたので、砥部町介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者の指定等に関する要綱第4条の規定により通知します。

申請者の名称	
代表者の氏名	
事業所の名称	
所在地	
サービス種類	
承認しない理由	

不服の申立て

この通知について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3箇月以内に、砥部町長に対して審査請求をすることができます。

また、この決定の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6箇月以内に砥部町を被告として提起することができます。（なお、裁決を知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。）

決定の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、①審査請求があった日の翌日から起算して3箇月を経過しても裁決がないとき、②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、裁決を経ないでも決定の取消しの訴えを提起することができます。

砥部町長 様

所在地  
 事業者 名 称  
 代表者の職・氏名

㊞

砥部町介護予防・日常生活支援総合事業変更届出書

指定を受けた内容を変更しましたので、届け出ます。

		介護保険事業所番号	
指定内容を変更した事業所		名称	
		所在地	
サービスの種類			
変更があった事項		変更の内容	
1	事業所の名称	(変更前)	
2	事業所の所在地		
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	登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。)		
7	事業所の建物の構造専用区画等		
8	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所	(変更後)	
9	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴		
10	運営規程		
11	併設施設の状況等		
12	介護支援専門員の氏名及びその登録番号		
13	その他		
変 更 年 月 日		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。

砥部町介護予防・日常生活支援総合事業廃止・休止届出書

年 月 日

砥部町長 様

所在地

事業者 名 称



代表者氏名

次のとおり事業の廃止(休止)をしますので届け出ます。

	介護保険事業所番号	
廃止(休止)する事業所	名称	
	所在地	
サービスの種類		
休止・廃止の別	休 止・廃 止	
休止・廃止しようとする年月日	年 月 日	
休止・廃止しようとする理由		
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置		
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日	

砥部町介護予防・日常生活支援総合事業再開届出書

年 月 日

砥部町長 様

所在地

事業者 名称 (印)

代表者氏名

次のとおり事業の再開をしましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号	
再開した事業所	名称	
	所在地	
サービスの種類		
再開した年月日	年 月 日	
休止期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

備考 再開した事業に係る従業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。

様式第7号（第8条関係）

砥部町介護予防・日常生活支援総合事業指定更新申請書

年 月 日

砥部町長 様

所在地  
申請者  
名 称



介護保険法に規定する事業所に係る指定更新を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

		介護保険事業所番号				
申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 — )				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種別				法人所轄庁	
	代表者の職名・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 — )				
更新を受けようとする事業所の種類	フリガナ					
	事業所の名称					
	事業所の所在地	(郵便番号 — )				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	現に受けている指定の有効期間満了日		様式
	合事業第1号事業サービス 介護予防・日常生活支援総合事業	訪問型サービス（現行相当）				付表1
		訪問型サービスA				付表1
通所型サービス（現行相当）				付表2		
通所型サービスA				付表2		

備考

- 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」等の別を記入してください。
- 「法人所轄庁」欄は、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。
- 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

様

砥部町長



砥部町介護予防・日常生活支援総合事業事業者指定更新通知書

年 月 日付けの申請については、下記のとおり指定を更新するよう決定しましたので、砥部町介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者の指定等に関する要綱第8条の規定により通知します。

記

指 定 事 業 者 の 名 称	
主たる事務所の所在地	
事 業 所 の 名 称	
所 在 地	
代 表 者 の 氏 名	
介 護 保 険 事 業 所 番 号	
サ ー ビ ス 種 類	
指 定 年 月 日	
指定の有効期間の満了の日	

第 号  
年 月 日

様

砥部町長



砥部町介護予防・日常生活支援総合事業事業者指定更新不承認通知書

年 月 日付けの申請については、次のとおり承認しないよう決定しましたので、砥部町介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者の指定等に関する要綱第8条の規定により通知します。

申請者の名称	
代表者の氏名	
事業所の名称	
所在地	
サービス種類	
承認しない理由	

不服の申立て

この通知について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3箇月以内に、砥部町長に対して審査請求をすることができます。

また、この決定の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6箇月以内に砥部町を被告として提起することができます。（なお、裁決を知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。）

決定の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、①審査請求があった日の翌日から起算して3箇月を経過しても裁決がないとき、②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、裁決を経ないでも決定の取消しの訴えを提起することができます。

第 号  
年 月 日

様

砥部町長



砥部町介護予防・日常生活支援総合事業事業者取消・停止通知書

次のとおり介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者の指定を（取消・停止）しましたので、砥部町介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者の指定等に関する要綱第9条の規定により通知します。

指 定 事 業 者 の 名 称	
代 表 者 の 氏 名	
事 業 所 の 名 称	
所 在 地	
サ ー ビ ス 種 類	
取 消（ 停 止 ） の 理 由	
取 消（ 停 止 ） の 年 月 日	
停 止 の 期 間	

不服の申立て

この通知について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3箇月以内に、砥部町長に対して審査請求をすることができます。

また、この決定の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6箇月以内に砥部町を被告として提起することができます。（なお、裁決を知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。）

決定の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、①審査請求があった日の翌日から起算して3箇月を経過しても裁決がないとき、②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、裁決を経ないでも決定の取消しの訴えを提起することができます。