付表1―1　夜間対応型訪問介護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 |  | | | | | | | | |
| 当該夜間対応型訪問介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| オペレーションセンターの有無 | | | | | | | | 有・無 | | | | | | | | | | | | |
| オペレーションセンターのか所数 | | | | | | | | か所 | | | | | | | | | | | | |
| 予定利用者数 | | 人(うち他の市町村の予定利用者数　　　　人) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | 訪問介護員等 | | | | | | | | | | | オペレーター | | | 面接相談員 | |
| 定期巡回サービス | | | | | 随時訪問サービス | | | | | |
| 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 | 営業日 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | 法定代理受領分(一割負担分) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | |

　備考　1　「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

　　　　2　他の市町村の区域においても事業の実施を予定している場合、「予定利用者数」欄に他の市町村の予定利用者数を記入してください。

　　　　3　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。

　　　　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　当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表1―2　夜間対応型訪問介護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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | |  | | | |
| 営業時間 | | |  | | | |
| 利用料 | | | 法定代理受領分(一割負担分) | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | |
| その他の費用 | | |  | | | |
| 通常の事業実施地域 | | |  | | | |
| 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。

別添

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定(更新)申請に係る添付書類一覧 | 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 主たる事業所・施設の名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 添付書類 | 申請する事業の種類 | | | 備考 |
| 夜間対応型訪問介護 |  |  |
| 1 | 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 2 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |  |  |  |  |
| 3 | 管理者等の経歴書 |  |  |  |  |
| 4 | 事業所の平面図 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 5 | 設備・備品等に係る一覧表 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 6 | オペレーションセンターサービスの概要(オペレーションセンターを設置しない場合のみ) |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 7 | 随時訪問サービスの委託先(他の訪問介護事業所に委託する場合のみ) |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 8 | 運営規程・重要事項説明書 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 9 | 秘密の保持（個人情報の取扱い）についての同意書 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 10 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 11 | 当該申請に係る資産の状況 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 12 | 法第78条の2第4項各号に該当しないことを誓約する書面 |  |  |  |  |
| 13 | 役員の氏名等 |  |  |  |  |
| 14 | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 |  |  |  |  |

備考1　「受付番号」欄は、記入しないでください。

　　2　添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

　　3　該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表2―1　地域密着型通所介護（療養通所介護）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 |  | | | | | | | |
| 当該通所介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入） | | | | | | 名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種  及び勤務時間等 | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 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（人） | | | | |  | | |  | | | | | |  | |  | |
| 非常勤（人） | | | | |  | | |  | | | | | |  | |  | |
| 適合の可否 | | | | |  | | |  | | | | | |  | |  | |
|  | 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | | | | | 基準上の必要数値 | | | 適合の可否 | |
|  | | | ㎡ | | | | | | | | | | | ㎡以上 | | |  | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | | 単位ごとの営業日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く）  （①　：　～　：　②　：　～　：　③　：　～　：　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用定員 | | | 人（単位ごとの定員①　　　人　②　　　人　③　　　人） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | 法定代理受領分（一割負担分） | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | |  | | | | | |
| その他の費用 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | |

備考

　1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」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　「主な掲示事項」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　機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。

5　従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。

6　当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には､当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください｡

付表2―2　地域密着型通所介護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

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  | |
|  | 食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積 | | | | | 基準上の必要数値 | | | 適合の可否 |
|  | | | ㎡ | | ㎡以上 | | |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | | 単位ごとの営業日 | | | | | |
| 営業時間 | | | 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く）  （①　：　～　：　②　：　～　：　③　：　～　：　） | | | | | |
| 利用定員 | | | 人（単位ごとの定員①　　　人　②　　　人　③　　　人） | | | | | |
| 添付書類 | | | | 平面図 | | | | | |

備考

1　「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」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　一のローテーションにおいて、事業所を複数有するときは、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。

別添

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定(更新)申請に係る添付書類一覧 | 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 主たる事業所・施設の名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 添付書類 | 申請する事業の種類 | | | 備考 |
| 地域密着型通所介護 | 療養  通所介護 |  |
| 1 | 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 2 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |  |  |  |  |
| 3 | 管理者等の経歴書 |  |  |  |  |
| 4 | 事業所の平面図 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 5 | 設備・備品等に係る一覧表 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 6 | 運営規程・重要事項説明書 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 7 | 秘密の保持（個人情報の取扱い）についての同意書 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 8 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 9 | サービス提供実施単位一覧表 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 10 | 当該申請に係る資産の状況 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 11 | 法第78条の2第4項各号に該当しないことを誓約する書面 |  |  |  |  |
| 12 | 役員の氏名等 |  |  |  |  |
| 13 | 運営推進会議の構成員 |  |  |  |  |
| 14 | 緊急時対応医療機関との覚書（協定書）や取決め事項、緊急時対応医療機関の所在地がわかる地図 | － |  |  | 更新の場合省略可 |
| 15 | 安全・サービス提供管理委員会の設置要綱及び委員会名簿 | － |  |  | 更新の場合省略可 |
| 16 | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 |  |  |  |  |

備考1　「受付番号」欄は、記入しないでください。

　　2　添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

　　3　該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表3―1　認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項(単独型・併設型)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 | | | | | | | | | |
| 併設事業所の種別、名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 事業所番号 | | | | |  | | |
| 管理者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | 住所 | | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | | |
| 当該認知症対応型通所介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入) | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入) | | | | | | 名称 | |  | | | | | | | | | | 事業所番号 | | | | |  | |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 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(人) | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | |  | | | | |
| 非常勤(人) | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | |  | | | | |
| 基準上の必要人員(人) | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | |  | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | |  | | | | |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | | | | 基準上の必要数値 | | | | | | | | | 適合の可否 | | | |
|  | | | | | m2 | | | | | | | | m2以上 | | | | | | | | |  | | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | | | 単位ごとの営業日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)  (①　：　～　：　②　：　～　：　③　：　～　：　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用定員 | | | | 人(単位ごとの定員①　　　　人　②　　　　人　③　　　　人) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | 法定代理受領分(一割負担分) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事の提供に要する費用 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄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　機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。

　　　　4　従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。

　　　　5　当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表3―2　認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項(共用型)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 | | | | | | | | | |
| 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者数 | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | 当該事業の利用定員 | | | | | | 人 | | |
| 管理者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | 住所 | | | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | | | | |
| 当該認知症対応型通所介護事業所で兼務する他の職種  (兼務の場合のみ記入) | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入) | | | | | | | 名称 |  | | | | | | | | | | | | 事業所番号 | | | | |  | |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 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(人) | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  |
| 非常勤(人) | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  |
| 基準上の必要人員(人) | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  |
| 適合の可否 | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | m2 | | | | | | | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | | | 単位ごとの営業日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)  (①　：　～　：　②　：　～　：　③　：　～　：　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用定員 | | | | 人(単位ごとの定員①　　　　　人　②　　　　　人　③　　　　　人) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | 法定代理受領分(一割負担分) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事の提供に要する費用 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄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　「種別」欄には、認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設の別を記入してください。

　　　　4　機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。

　　　　5　従業者の職種・員数については、本体事業と当該事業を併せた員数を記載してください。

　　　　6　当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表3―3　認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 |  |
| 食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積 | | | | | 基準上の必要数値 | | 適合の可否 |
|  | | | m2 | | m2以上 | |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | 単位ごとの営業日 | | | | |
| 営業時間 | | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)  (①　：　～　：　②　：　～　：　③　：　～　：　) | | | | |
| 利用定員 | | 人(単位ごとの定員　①　　 　人　②　 　　人　③　　 　人) | | | | |
| 利用料 | | 法定代理受領分(一割負担分) | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | |
| 食事の提供に要する費用 | |  | | | | |
| 通常の事業実施地域 | |  | | | | |

　備考　1　「受付番号」欄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　一のローテーションにおいて、事業所を複数有するときは、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。

別添

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定(更新)申請に係る添付書類一覧 | 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 主たる事業所・施設の名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 添付書類 | 申請する事業の種類 | | | 備考 |
| 認知症対応型通所介護 | 介護予防認知症対応型通所介護 |  |
| 1 | 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 2 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |  |  |  |  |
| 3 | 管理者等の経歴書 |  |  |  |  |
| 4 | 事業所の平面図 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 5 | 設備・備品等に係る一覧表 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 6 | 運営規程・重要事項説明書 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 7 | 秘密の保持（個人情報の取扱い）についての同意書 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 8 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 9 | サービス提供実施単位一覧表 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 10 | 当該申請に係る資産の状況 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 11 | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 12 | 法第78条の2第4項各号又は第115条の12第2項各号に該当しないことを誓約する書面 |  |  |  |  |
| 13 | 役員の氏名等 |  |  |  |  |
| 14 | 運営推進会議の構成員 |  |  |  |  |
| 15 | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 |  |  |  |  |

備考1　「受付番号」欄は、記入しないでください。

　　2　添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

　　3　該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表4―1　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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 併設施設等 | | | 種別 | |  | | | | | | | | | | | | 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 事業所番号 | | | | | |  | | | |
| 管理者 | フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 住所 | | | | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該小規模多機能型居宅介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 併設する施設等の従業者との兼務(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 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通いサービスの利用者数(推定数を記入) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | | | | | | 介護従業者 | | | | | | | | | うち看護職員 | | | | | | | | | | | 介護支援専門員 | | | | | | | |  | | | | |
| 専従 | | | | | 兼務 | | | | 専従 | | | | | | 兼務 | | | | | 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 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | m2 | | | | | | 基準上の必要面積 | | | | | | | | | | m2以上 | | | | | | | 適合の可否 | | | | | |  | | |
| 個室以外の宿泊室の合計面積 | | | | | | | | m2 | | | | 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 | | | | 基準上の必要数値 | | | | | m2以上 | | | | | | 適合の可否 | | | | |  |
| 主な掲示事項 | | 営業日 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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(一割負担分) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事の提供に要する費用 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 宿泊に要する費用 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 運営推進会議の有無 | | | | | | | | | | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　備考　1　「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」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　「併設施設等」欄には、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設の別を記載してください。

　　　　4　「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。

　　　　5　当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表4―2　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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 | |  | | | |
| 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 | | | m2 | | | 基準上の必要面積 | | | | m2以上 | | 適合の可否 | | |  | |
| 個室以外の宿泊室の合計面積 | | m2 | | 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 | 基準上の必要数値 | | m2以上 | | | 適合の可否 | |  |
| 主な掲示事項 | 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(一割負担分) | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | |
| 食事の提供に要する費用 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 宿泊に要する費用 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | |  | | | | | | | | | | | |

　備考1　「受付番号」欄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。

別添

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定(更新)申請に係る添付書類一覧 | 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 主たる事業所・施設の名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 添付書類 | 申請する事業の種類 | | | 備考 |
| 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 |  |
| 1 | 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 2 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |  |  |  |  |
| 3 | 管理者等の経歴書 |  |  |  |  |
| 4 | 事業所の平面図 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 5 | 設備・備品等に係る一覧表 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 6 | 運営規程・重要事項説明書 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 7 | 秘密の保持（個人情報の取扱い）についての同意書 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 8 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 9 | 当該申請に係る資産の状況 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 10 | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 11 | 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 12 | 法第78条の2第4項各号又は第115条の12第2項各号に該当しないことを誓約する書面 |  |  |  |  |
| 13 | 役員の氏名等 |  |  |  |  |
| 14 | 介護支援専門員の氏名等 |  |  |  |  |
| 15 | 運営推進会議の構成員 |  |  |  |  |
| 16 | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 |  |  |  |  |

備考1　「受付番号」欄は、記入しないでください。

　　2　添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

　　3　該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表5　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 | | |  | | | | | | | | |
| 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入) | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入) | | | | | | | | 名称 | |  | | | | | | | | | | | | 事業所番号 | | |  | |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 共同生活住居数 | | | | | | | 戸 | | ① | | | | | | | ② | | | | | |  | | | | |  |
| 利用者数(推定数を記入) | | | | | | | 人 | | 人 | | | | | | | 人 | | | | | |  | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | | | | 介護従業者 | | | | | | | 介護従業者 | | | | | | 計画作成担当者 | | | | |
| 専従 | | | 兼務 | | | | 専従 | | | | 兼務 | | 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 | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 主な掲示事項 | | 居室数 | | | | | | | 室  (うち個室　室) | | | | | | | 室  (うち個室　室) | | | | | |  | | | | |
| 利用定員 | | | | | | | 人 | | | | | | | 人 | | | | | |  | | | | |
| 利用料 | 法定代理受領分  (一割負担分) | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 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 | | | | |  | | | | | |
| 耐火構造物、準耐火構造物等の別 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 運営推進会議の有無 | | | | | | | | | | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　備考　1　「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄は、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　「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。

　　　　4　当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

別添

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定(更新)申請に係る添付書類一覧 | 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 主たる事業所・施設の名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 添付書類 | 申請する事業の種類 | | | 備考 |
| 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 |  |
| 1 | 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 2 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |  |  |  |  |
| 3 | 管理者等の経歴書 |  |  |  |  |
| 4 | 事業所の平面図 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 5 | 居室面積等一覧表 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 6 | 設備・備品等に係る一覧表 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 7 | 運営規程・重要事項説明書 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 8 | 秘密の保持（個人情報の取扱い）についての同意書 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 9 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 10 | 当該申請に係る資産の状況 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 11 | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 12 | 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 13 | 法第78条の2第4項各号又は第115条の12第2項各号に該当しないことを誓約する書面 |  |  |  |  |
| 14 | 役員の氏名等 |  |  |  |  |
| 15 | 介護支援専門員の氏名等 |  |  |  |  |
| 16 | 運営推進会議の構成員 |  |  |  |  |
| 17 | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 |  |  |  |  |

備考1　「受付番号」欄は、記入しないでください。

　　2　添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

　　3　該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表6　地域密着型特定施設入居者生活介護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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設の区分 | | | 有料老人ホーム | | | | | | | | | |  | | | | | | | | 施設開設年月日 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 軽費老人ホーム | | | | | | | | | |  | | | | | | | | 施設開設年月日 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 高齢者専用賃貸住宅 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | 施設開設年月日 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 住所 | | | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該特定施設で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 事業所番号 | | | | | |  | | |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者数(推定数を記入) | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | (前年の平均値、新規の場合は推定数を記入) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護者 | | | | | | 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 | | | | | | | | 計画作成担当者 | | |  |
| 専従 | | | 兼務 | | | 専従 | | | | 兼務 | | | 専従 | | | | | 兼務 | | 専従 | | | | | 兼務 | | | 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 | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 主な掲示事項 | | 入居定員 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居室数 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | | | | 法定代理受領分(一割負担分) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 建物構造概要 | | 耐火建築物、準耐火建築物等の別 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護居室の1室の最大定員 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 基準上の必要数値 | | | | | | | | | | | 適合の可否 | | | | |
| 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | 人以下 | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 運営推進会議の有無 | | | | | | | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　備考　1　「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」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　「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。

　　　　4　当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

別添

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定(更新)申請に係る添付書類一覧 | 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 主たる事業所・施設の名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 添付書類 | 申請する事業の種類 | | | 備考 |
| 特定施設入居者生活介護 |  |  |
| 1 | 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 2 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |  |  |  |  |
| 3 | 管理者等の経歴書 |  |  |  |  |
| 4 | 事業所の平面図 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 5 | 居室面積等一覧表 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 6 | 設備・備品等に係る一覧表 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 7 | 運営規程・重要事項説明書 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 8 | 秘密の保持（個人情報の取扱い）についての同意書 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 9 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 10 | 当該申請に係る資産の状況 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 11 | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 12 | 法第78条の2第4項各号に該当しないことを誓約する書面 |  |  |  |  |
| 13 | 役員の氏名等 |  |  |  |  |
| 14 | 介護支援専門員の氏名等 |  |  |  |  |
| 15 | 運営推進会議の構成員 |  |  |  |  |
| 16 | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 |  |  |  |  |

備考1　「受付番号」欄は、記入しないでください。

　　2　添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

　　3　該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表7　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設 | 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 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 入居者数(推定数を記入) | | | | | | | | | 人 | | | | | | | 短期入所利用者数(併設型の場合) | | | | | | | | | | | | | | | | 人(推定数を記入) | | | | | | |
| 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 |
|  | 地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数 | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | |
|  | 地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数 | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 設備基準上の数値記載項目等 | | | | | | | | | | | | | 地域密着型介護老人福祉施設 | | | | | | | | | | | | | | | 短期入所生活介護 | | | | | | | | | | |
|  | | | 基準上の必要値 | | | | | | 適合の可否 | | | | | |  | | | | | | 基準上の必要値 | | | 適合の可否 | |
|  | 居室 | | 1室の最大定員 | | | | | | | | | | 人 | | | 人以下 | | | | | |  | | | | | | 人 | | | | | | 人以下 | | |  | |
| 入所者1人あたりの最小床面積 | | | | | | | | | | m2 | | | m2 | | | | | |  | | | | | | m2 | | | | | | m2 | | |  | |
| 食堂と機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | | | m2 | | | m2 | | | | | |  | | | | | | m2 | | | | | | m2 | | |  | |
| 廊下 | | 片廊下の幅 | | | | | | | | | | m | | | m | | | | | |  | | | | | | m | | | | | | m | | |  | |
| 中廊下の幅 | | | | | | | | | | m | | | m | | | | | |  | | | | | | m | | | | | | m | | |  | |
| 主な掲示事項 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | 入所(利用)定員 | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | 法定代理受領分(一割負担分) | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 運営推進会議の有無 | | | | | | | | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　備考　1　「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄は、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　「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態(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。

　　　　4　短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の主な掲示事項、設備基準上の数値記載項目等欄については、記載を要しません。

　　　　5　「※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。

　　　　6　介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。

　　　　7　当該指定地域密着型介護福祉施設サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型介護福祉施設サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

別添

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定(更新)申請に係る添付書類一覧 | 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 主たる事業所・施設の名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 添付書類 | 申請する事業の種類 | | | 備考 |
| 介護老人福祉施設入所者生活介護 |  |  |
| 1 | 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 2 | 特別養護老人ホームの許可証等の写し |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 3 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |  |  |  |  |
| 4 | 管理者等の経歴書 |  |  |  |  |
| 5 | 事業所の平面図 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 6 | 居室面積等一覧表 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 7 | 設備・備品等に係る一覧表 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 8 | 本体施設の概要、本体施設との間の移動経路、方法及び移動時間 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 9 | 併設する施設の概要 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 10 | 施設を共用の場合の利用計画 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 11 | 運営規程・重要事項説明書 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 12 | 秘密の保持（個人情報の取扱い）についての同意書 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 13 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 14 | 当該申請に係る資産の状況 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 15 | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 16 | 法第78条の2第4項各号に該当しないことを誓約する書面 |  |  |  |  |
| 17 | 役員の氏名等 |  |  |  |  |
| 18 | 介護支援専門員の氏名等 |  |  |  |  |
| 19 | 運営推進会議の構成員 |  |  |  |  |
| 20 | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 |  |  |  |  |

備考1　「受付番号」欄は、記入しないでください。

　　2　添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

　　3　該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表8―1　定期巡回・随時対応型訪問介護看護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 | |  | | | | | | |
| 事業所内の従業者との兼務の有無 | | | | | | （有・無） | | | （職種：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 他事業所の従業者との兼務の有無 | | | | | | （有・無） | | | 事業所の名称 | | | | | |  | | | | | | |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 連携する訪問看護事業所  （連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看  護を実施する場合のみ記載） | | | | | | | | | | 名称 | | |  | | | | | | | | | |
| 住所 | | | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | | | 訪問介護員等 | | | | | | | オペレーター | | | | 看護職員 | | うち計画作成  責任者 | |
| 定期巡回  サービス | | | 随時訪問  サービス | | | |
| 専従 | 兼務 | | 専従 | 兼務 | | | 専従 | | 兼務 | | 専従 | 兼務 | 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 | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | |  | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | 法定代理受領分（一割負担分） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　１「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

２　他の市町村の区域においても事業の実施を予定している場合、「予定利用者数」欄に他の市町村の予定利用者数を記入してください。

３　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。

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　当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には､当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください｡

付表8―2　定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所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

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | |  | | | |
| 営業時間 | | |  | | | |
| 利用料 | | | 法定代理受領分（一割負担分） | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | |
| その他の費用 | | |  | | | |
| 通常の事業実施地域 | | |  | | | |
| 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。

別添

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定(更新)申請に係る添付書類一覧 | 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 主たる事業所・施設の名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 添付書類 | 申請する事業の種類 | | | 備考 |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |  |  |
| 1 | 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 2 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |  |  |  |  |
| 3 | 管理者等の経歴書 |  |  |  |  |
| 4 | 事業所の平面図 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 5 | 設備・備品等に係る一覧表 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 6 | 運営規程・重要事項説明書 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 7 | 秘密の保持（個人情報の取扱い）についての同意書 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 8 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 9 | 当該申請に係る資産の状況 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 10 | 法第78条の2第4項各号に該当しないことを誓約する書面 |  |  |  |  |
| 11 | 役員の氏名等 |  |  |  |  |
| 12 | 介護・医療連携推進会議の構成員 |  |  |  |  |
| 13 | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 |  |  |  |  |

備考1　「受付番号」欄は、記入しないでください。

　　2　添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

　　3　該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表9　複合型サービス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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 併設  施設等 | | | 種別 | | | |  | | | | | | | | | | | 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 事業所  番号 | | | | | | | |  | | | | | | |
| 訪問看護事業所の指定の有無 | | | | | | | （有・無） | | | | | | 病院、診療所、訪問看護ステーションの別 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 事業所番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 管 理 者 | フリガナ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 住所 | | | | | | | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 事業所内の従業者との兼務の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | (有・無) | | | | （職種：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他事業所の従業者との兼務の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | (有・無) | | | | 事業所の名称 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 事業所番号 | | | | | |  | |
| 兼務する職種  及び勤務時間等 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通いサービスの利用者数（推定数を記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | | | | | | | | | 介護従事者 | | | | | | | | | うち看護職員 | | | | | | | | | | | | 介護支援専門員 | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 専従 | | | | | 兼務 | | | | 専従 | | | | | | 兼務 | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 建築構造概要 | 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 | | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | | | 適合の可否 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 個室の宿泊室 | | | | | | | | 室 | | | | | | うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室  （病院又は診療所である場合） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 室 | | |
| 個室以外の宿泊室の合計面積 | | | | | | | | ㎡ | | | 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 | | | | | | 基準上の必要数値 | | | | | | | ㎡以上 | | | | | | 適合の可否 | | | | |  |
| 主な掲示事項 | | 営業日 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（一割負担分） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事の提供に要する費用 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 宿泊に要する費用 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 運営推進会議の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | 有　・　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」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、又は別に記載した書類を添付してください。
3. 「併設施設等」欄には、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設の別を記載してください。
4. 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
5. 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には､当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください｡

別添

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定(更新)申請に係る添付書類一覧 | 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 主たる事業所・施設の名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 添付書類 | 申請する事業の種類 | | | 備考 |
| 複合型  サービス |  |  |
| 1 | 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 2 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |  |  |  |  |
| 3 | 管理者等の経歴書 |  |  |  |  |
| 4 | 事業所の平面図 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 5 | 設備・備品等に係る一覧表 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 6 | 運営規程・重要事項説明書 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 7 | 秘密の保持（個人情報の取扱い）についての同意書 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 8 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 9 | サービス提供実施単位一覧表 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 10 | 当該申請に係る資産の状況 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 11 | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 12 | 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要 |  |  |  | 更新の場合省略可 |
| 13 | 法第78条の2第4項各号に該当しないことを誓約する書面 |  |  |  |  |
| 14 | 役員の氏名等 |  |  |  |  |
| 15 | 介護支援専門員の氏名等 |  |  |  |  |
| 16 | 運営推進会議の構成員 |  |  |  |  |
| 17 | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 |  |  |  |  |

備考1　「受付番号」欄は、記入しないでください。

　　2　添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

　　3　該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

(参考様式1)

　　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・施設名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 勤務形態 | 氏名 | 第1週 | | | | | | | 第2週 | | | | | | | 第3週 | | | | | | | 第4週 | | | | | | | 4週の合計 | 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。勤務時間ご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。

　　　　8　資格が必要な職種は、資格証の写しを添付してください。

(参考様式2)

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　　　　　　―　　　　) | | | | | 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　住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

　　　2　当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。

　　　3　当該事業に関する資格を有する場合は、資格証等の写しを添付してください。

　　　4　当該事業に関する研修を修了している場合は、修了証の写しを添付してください。

(参考様式3)

　平面図

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 事業所・施設の名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | |
|  |  | 調理室  30m2 | 談話室  20m2 | 相談室  20m2 | 診察室　40m2  調剤室 | | 展示コーナー | |  |
|  | |
| 玄関ホール | |
|  |  |  | | | |  | |
| 機能訓練室　100m2 | | | | | |
| (食堂兼用) | | 浴室　70m2 | | | 便所  20m2 |  | 事務室　30m2 |
|  | | | | | | | | | |

　備考　1　各室の用途及び面積を記載してください。

　　　　2　当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

(参考様式4)

　居室面積一覧表

サービス種類(　　　　　　　　　　　)

事業所・施設名(　　　　　　　　　　　　　　)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 設置階  部屋の種類 | | (　　　　　　　　　　)階 | | | (　　　　　　　　　　)階 | | | (　　　　　　　　　　)階 | | | 合計 | |
| 室数 | 面積 | 備考 | 室数 | 面積 | 備考 | 室数 | 面積 | 備考 | 室数 | 面積 |
| (居室・療養室) | 1室の定員 |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  |  |
|  |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  |  |
|  |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  |  |
|  |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  |  |
|  |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  |  |
|  |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  |  |
|  |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  |  |
|  |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  |  |
|  |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  |  |
|  |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  |  |
|  |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  |  |
|  |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  |  |
|  |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  | (　　　) |  |  |  |
| 片廊下の幅  　中廊下の幅 | | | m  m |  |  | m  m |  |  | m  m |  |  | |
| 共用する施設・事業所名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | |

　備考　1　設備基準で定められた部屋について、設置階ごとに記入してください。

　　　　2　居室・療養室については「1室の定員」ごとに分けて記入してください。また同じ定員でも、面積の異なる部屋がある場合は、さらにそれぞれの部屋ごとに分けて記入してください。

　　　　3　「1人当たり面積」の算出が必要な設備は、面積欄の(　)内に記入してください。(算出にあたって、小数点以下第2位を切り捨ててください。)

　　　　4　部屋の種類ごとにまとめて、合計の室数・面積を記入してください。

　　　　5　他の事業所又は施設と共用している場合は、「備考欄」に「共用」と記入し、「共用する事務所・施設名」欄に正式名称を記入し、共用先の当該部分の平面図を添付してください。

　　　　6　同一の事業所又は施設の他の部屋と兼用している場合は、「備考欄」に「○○室と兼用」と記入してください。

　　　　7　設置階数が様式の欄を超える場合は、複数枚に分けて記入し、まとめて提出してください。

(参考様式5)

　　設備・備品等一覧表

サービス種類(　　　　　　　　　　　　　　　)

事業所名・施設名(　　　　　　　　　　　　　　　)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 部屋・設備の種類 | 設備基準上適合すべき項目についての状況 | 適合の可否 |
| サービス提供上配慮すべき設備の概要  非常災害設備等 |  |  |
| 備品の目録 | 備品の品名及び数量 |  |
|  |  |  |

備考1　申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。

　　2　必要に応じて写真等を添付し、その旨を併せて記載してください。

　　3　「適合の可否」の欄には、何も記載しないでください。

(参考様式6)

夜間対応型訪問介護の随時訪問サービスの委託先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 訪問介護事業所名称 | 所在地 | 事業所番号 | 電話番号 |
| FAX番号 |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |

(参考様式7)

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所又は施設名 |  |
| 申請するサービス種類 |  |

|  |
| --- |
| 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　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入してください。

(参考様式8)

　　　　　サービス提供実施単位一覧表

(記載例)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 曜日  時間 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 9：00  12：00  15：00  18：00  21：00  0：00 | (例) | (例) |  |  |  |  |  |
|  |  |

備考1　曜日ごとにサービス提供単位の状況を記載してください。また、サービス提供単位ごとの利用定員を記載してください。

　　2　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、サービス提供単位及びサービス提供単位ごとの利用定員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9―1)

介護保険法第78条の2第4項各号の規定に該当しない旨の誓約書

　　年　　月　　日

　　高根沢町長　　　　様

所在地

申請者

名称

代表者名　　　　　　　　　　印

住所

　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。

記

|  |
| --- |
| 【介護保険法第78条の2第4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、第七十八条の四第一項の厚生労働省令で定める基準若しくは同項の厚生労働省令で定める員数又は同条第四項に規定する指定地域密着型サービスに従事する従業者に関する基準を満たしていないとき。  三　申請者が、第七十八条の四第二項又は第五項に規定する指定地域密着型サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な地域密着型サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。  四　当該申請に係る事業所が当該市町村の区域の外にある場合であって、その所在地の市町村長の同意を得ていないとき。  五　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。  六　申請者が、第七十八条の十(第二号から第五号までを除く。)の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者であるとき。  七　申請者が、第七十八条の十(第二号から第五号までを除く。)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七十八条の五第二項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。)又は第七十八条の八の規定による指定の辞退をした者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出又は指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。  八　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。  九　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　第五号又は前号に該当する者  　ハ　第七十八条の十(第二号から第五号までを除く。)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しの日から起算して五年を経過しないもの  　ニ　第七号に規定する期間内に第七十八条の五第二項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。)又は第七十八条の八の規定による指定の辞退をした法人(当該指定の辞退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又は指定の辞退の日から起算して五年を経過しないもの |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 役員等名簿 | | | |
| (ふりがな)  氏名 | 生年月日 | (ふりがな)  住所 | 押印 |
| 役職名・呼称 | TEL　　　　　　　FAX |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |

備考　当該法人の役員(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を含む。)及び事業所を管理する者について記入・押印してください。

(参考様式9―2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 介護保険法第78条の2第4項各号及び第115条の12第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書 |  |

　　年　　月　　日

　　高根沢町長　　　　様

所在地

申請者

名称

代表者名　　　　　　　　　　印

住所

　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。

記

|  |
| --- |
| 【介護保険法第78条の2第4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、第七十八条の四第一項の厚生労働省令で定める基準若しくは同項の厚生労働省令で定める員数又は同条第四項に規定する指定地域密着型サービスに従事する従業者に関する基準を満たしていないとき。  三　申請者が、第七十八条の四第二項又は第五項に規定する指定地域密着型サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な地域密着型サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。  四　当該申請に係る事業所が当該市町村の区域の外にある場合であって、その所在地の市町村長の同意を得ていないとき。  五　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。  六　申請者が、第七十八条の十(第二号から第五号までを除く。)の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者であるとき。  七　申請者が、第七十八条の十(第二号から第五号までを除く。)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七十八条の五第二項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。)又は第七十八条の八の規定による指定の辞退をした者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出又は指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。  八　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。  九　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　第五号又は前号に該当する者  　ハ　第七十八条の十(第二号から第五号までを除く。)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しの日から起算して五年を経過しないもの  　ニ　第七号に規定する期間内に第七十八条の五第二項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。)又は第七十八条の八の規定による指定の辞退をした法人(当該指定の辞退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又は指定の辞退の日から起算して五年を経過しないもの  【介護保険法第115条の12第2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、第百十五条の十四第一項の厚生労働省令で定める基準若しくは同項の厚生労働省令で定める員数又は同条第五項に規定する指定地域密着型介護予防サービスに従事する従業者に関する基準を満たしていないとき。  三　申請者が、第百十五条の十四第二項又は第五項に規定する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又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な地域密着型介護予防サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。  四　当該申請に係る事業所が当該市町村の区域の外にある場合であって、その所在地の市町村長の同意を得ていないとき。  五　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。  六　申請者が、第百十五条の十九(第二号から第五号までを除く。)の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者であるとき。  七　申請者が、第百十五条の十九(第二号から第五号までを除く。)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十五第二項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。  八　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。  九　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　第五号又は前号に該当する者  　ハ　第百十五条の十九(第二号から第五号までを除く。)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しの日から起算して五年を経過しないもの  　ニ　第七号に規定する期間内に第百十五条の十五第二項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 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 役員等名簿 | | | |
| (ふりがな)  氏名 | 生年月日 | (ふりがな)  住所 | 押印 |
| 役職名・呼称 | TEL　　　　　　　FAX |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |

備考　当該法人の役員(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を含む。)及び事業所を管理する者について記入・押印してください。

(参考様式10)

当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ | 介護支援専門員番号 |
| 氏名 |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |

(参考様式11)

○○○事業所　運営推進会議

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 構成区分 | 職名等 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

　※1　「構成区分」欄には、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市町村の職員又は地域包括支援センターの職員、当該事業について知見を有する者等の別を記入してください。

　※2　「職名等」には、市町村職員の職名、町内会長、民生委員等を記入してください。