

(別記)

様式第1号(第2条関係)

廿日市市介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定申請書

廿日市市長 様

申請者 所在地
名称
代表者氏名

印鑑登録をしている法人代表印であること

印

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けるための申請書として提出します。

法人の名称 所在地 代表者の職・氏名、住所を登記事項証明書と照合して記載する
(所在地・地番は登記事項証明書と同様(正)〇〇番地〇〇号(誤)〇〇-〇〇)とし、
正確に記載する)

申請者	フリガナ 名称			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) (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 ・氏 ・月 ・日	フリガナ		生年月日
	代表者の住所	代表者の住所・郵便番号に誤りがないか役員名簿と照合して記載する		

フリガナ、生年月日に誤りがないか役員名簿等と照合して記載する

法人の種別は、社会福祉法人、財団法人、株式会社、有限会社等を記入し、法人所轄庁は、主務官庁を記載する

事業所の所在地・郵便番号に誤りがないか記載事項等と照合して記載する
(事業所の名称がすでに指定済の場合は、重複を避けるため、他の名称に変更する。)

指定を受けようとする事業所の種類	事業所等の所在地	(郵便番号 ー)			
	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
	介護予防・日常生活支援総合事業 第1号事業サービス	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			表2
		通所型サービスC			表2

指定を受けようとする実施事業に〇印を記す
事業開始年度が正しく記入されているか確認する

介護保険事業所番号 (既に指定を受けている場合)

指定を受けている他市町村名

医療機関コード等

現行相当のサービスと訪問型サービスAを同時申請する場合は1部ずつ記載が必要

付表1-1

第1号訪問介護事業（訪問介護サービス・訪問型サービスA）事業者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										
	事業の実施について、定款・寄附行為の条文中に記載があり、登記事項証明書に正しく記載されているか確認する											
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	(郵便番号 —)										
	氏名	管理者の氏名、生年月日、住所、兼務関係が正しく記載されていることを管理者経歴書・勤務形態一覧表・役員名簿と確認する										
	生年月日											
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合記入）											
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設（兼務の場合記入）	事業所名称	兼務が複数に及ぶ場合、同一敷地内の事業所又は施設であるか確認する（同一敷地以外の兼務は不可）									
サービス提供責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 —)					
	氏名					住所	(郵便番号 —)					
	フリガナ					住所	(郵便番号 —)					
	氏名					住所	(郵便番号 —)					
従業者の職種・員数	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											
主な揭示事項	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	～		日曜・祝日	～	
	利用料	法定代理										
	その他の費用	法定代理										
	通常の事業実施地域	①										
	備考											

現行相当のサービスは、常勤換算2.5以上となっているか。訪問型サービスAと一体的に行う場合は、1部ずつ必要

専従・兼務関係が正しく記載されているか等、勤務形態一覧表と合わせるとともに、資格証により免許の有無を確認する

管理者や訪問介護責任者（サ責）が訪問介護を行う場合は兼務欄に記入する（管理者が訪問サービスを行う場合は、1人役として認めていない）

◇ 主な揭示事項のうち営業日、営業時間、年間の休日、通常の実施地域が正しく記載されているか、運営規程とあわせる（年間の休日については、〇月〇日～〇月〇日のように具体的に記入する（誤）正月休み、盆休み等特定できない記載は不可）

◇ 通常の実施地域について、あまりにも広範囲な地域（広島県全域）や限定的な地域（〇番〇号等）の場合が修正し、交通費を徴収する予定がある場合は「〇〇島を除く」のように記入する

現行相当のサービスと通所型サービスAを同時申請する場合は1部ずつ記載が必要

第1号通所介護事業（通所介護サービス・通所型サービスA）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 -)														
	事業の実施について、定款・寄付行為の条文中に記載があり、登記事項証明書にあるように正しく記載する															
	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	(郵便番号 -)														
	氏名	管理者の氏名、生年月日、住所、兼務関係が正しく記載されていることを管理者経歴書・勤務形態一覧表・役員名簿と照合する														
	生年月日															
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合記入）															
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設（兼務の場合記入）	事業所等名称														
		兼務する職種及び勤務時間等														
実施単位数	単	同時に	◇ 実施単位数は、全ての単位の合計数となっているか（例えば 1階と2階にそれぞれ機能訓練室がある場合等は2単位となる）													
従業者の職種・員数（単別）	常勤(人)	◇ 食堂・機能訓練室の面積は、利用定員に3mを乗じた面積以上（内寸）となっているか確認する（注意）食堂・機能訓練室に、事務室、相談室、静養室は含まれない														
	非常勤(人)															
	※基準上の必要人数(人)	◇ （広島県の場合）食堂・機能訓練室に廊下に相当するスペースが含まれている場合は廊下とみなし食堂・機能訓練室の面積から除外している（相談室・事務室が食堂・機能訓練室の奥にある場合等）														
	※適合の可否															
食堂及び機能訓練室の合計	◇ 人員配置が適切となっているか、勤務形態一覧表と照合して記載する															
主な揭示事項	定員															
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休日					
	営業時間	平日								土曜		日曜・祝				
		備考														
	利用料	法定代														
	法定代															
その他の費用																
通常の事業実施地域	①	◇ 通常の実施地域について、あまりにも広範囲な地域（広島県全域）や限定的な地域（〇番〇号等）の記載はしない、交通費を徴収する予定がある場合は「〇〇地域を除く」のように記載する														
	備考															

訪問介護又は訪問型サービス(現行相当)と生活援助型訪問サービス(訪問型サービスA)を一体的に行う場合

(参考様式1)

従業員等の勤務体制及び勤務形態一覧表

(平成〇〇年〇月分)

事業所名 (〇〇訪問介護事業所)

職 種	勤務形態	氏 名	第 1 週							第 2 週							第 3 週							第 4 週							4週合計	業務先及び兼務する職務内容
			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		
			月	火	水	木	金	土	日																							
管理者 サービス提供責任者兼訪問介護責任者	B 介	甘日市太郎	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	介護・訪問・訪問介護・生活支援員	
			8	8	8	8	8										8	8	8	8			8	8	8	8				160		
サービス提供責任者兼訪問介護責任者	B 介	佐伯 さつき	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8			160	訪問介護・生活支援員	
			6	4	6	4	6	6	6	4	6	4	6	6	6	4	6	4	6	4	6	6	6	4	6	4	6			104		
訪問介護員	B 介	佐伯 さつき	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8			144	2.9	
			8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8			160		
訪問介護員	C 2	吉和 ゆき	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4			64		
			2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2			16		
生活支援員	B 介	佐伯 さつき	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2			16		
			4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4			64		
生活支援員	C 研	大野 いもせ																														

【訪問介護・通所介護共通のチェック項目】

- ◇ 従業者の員数は適切であるか
- ◇ 兼務する職務内容は正しく記載されているか
- ◇ 4 週の合計、週平均の勤務時間、常勤換算後の人数が正しく計算されているか
- ◇ 雇用者については、週40時間以内になっているか
- ◇ 勤務形態や資格について正しく記載されているか

【訪問介護】

- ◇ 管理者が訪問サービスを行う場合は、1人役として認めない
- ◇ 管理者として勤務する時間の8割を上限とする
- ◇ 訪問介護員と生活支援員の勤務時間が4週で160時間を越えないように注意する。
- ◇ 訪問介護員と生活支援員を兼務する場合は訪問介護員の時間数から生活支援員の時間数を差し引き
- ◇ 訪問介護員の人数が常勤換算 2.5 以上となる必要がある。

全体を足してサービス時間160時間(4週計)で割って2.5時間以上必要

計

【訪問介護・通所介護共通のチェック項目】

- ◇ 従業員の員数は適切であるか
- ◇ 兼務する職務内容は正しく記載されているか
- ◇ 4週合計、週平均の勤務時間、常勤換算後の人数が正しく計算されているか
- ◇ 雇用者については、週40時間以内になっているか
- ◇ 勤務形態や資格について正しく記載されているか

【訪問介護】

- ◇管理者が訪問サービスを行う場合は、1人役として認めない
管理者として勤務する時間の8割を上限とする
訪問介護員と生活支援員の勤務時間が4週で160時間を越えないように注意する。
訪問介護員と生活支援員を兼務する場合は訪問介護員の時間数から生活支援員の時間数を差し引き
訪問介護員の員数が常勤換算2.5以上となる必要がある。

全体を足してサービス
時間160時間(4週の合
計)で割って2.5時間以
上必要

- 1 *欄には、当該月の曜日を記入してください。
- 2 勤務形態の欄には、次の区分のとおり記載してください。
- 3 資格の欄には、次の省略記号を記載してください。
- 勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:非常勤で専従 D:非常勤で兼務
- 資格の省略記号 介:介護福祉士 初:初任者研修 実:実務者研修 1, 2:訪問介護員養成研修1, 2級 基:介護職員基礎研修 研:一:定修研修受講者、受講修得済者

(参考様式11)

当該事業所に勤務するサービス提供責任者・訪問事業責任者

受付番号

	氏 名	住 所	資 格	
①	フリガナ 氏 名	(郵便番号 -)		
②	フリガナ 氏 名	(郵便番号 -)		
③	フリガナ 氏 名	◇ 常勤のサービス提供・訪問事業責任者は、訪問介護事業所以外の事業との兼務関係がないこと (非常勤のサービス提供責任者は、常勤者の1/2以上の勤務時間であること) ・介護福祉士(登録証であること) ・1級ヘルパー ・看護師・准看護師 ・介護職員初任者研修修了者(1級ヘルパー、介護職員基礎研修修了者、看護師・准看護師を除く)で実務経験3年以上の者(実務経験については「社会福祉士及び介護福祉士法第40条第2項第2号に規定するもの」と同様かどうかを訪問事業責任者経歴書で確認する) ・介護職員基礎研修を修了した者 ・実務者研修修了者		
④	フリガナ 氏 名			
⑤	フリガナ 氏 名			
⑥	フリガナ 氏 名			
⑦	フリガナ 氏 名			
⑧	フリガナ 氏 名			
⑨	フリガナ 氏 名		(郵便番号 -)	
⑩	フリガナ 氏 名		(郵便番号 -)	
⑪	フリガナ 氏 名	(郵便番号 -)		
⑫	フリガナ 氏 名	(郵便番号 -)		
⑬	フリガナ 氏 名	(郵便番号 -)		
⑭	フリガナ 氏 名	(郵便番号 -)		
⑮	フリガナ 氏 名	(郵便番号 -)		
⑯	フリガナ 氏 名	(郵便番号 -)		

備考 1 付表1の「サービス提供責任者・訪問事業責任者」の記入欄が不足する場合に記入してください。

2 「受付番号」欄は、記入しないでください。

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の用紙に記載した書類を添付してください。

サービス提供責任者・訪問事業責任者経歴書

[illegible]

- 備考 1 住所及び電話番号は、自宅のものを記入してください。
2 介護福祉士、介護職員基礎研修修了者、1級ヘルパー、看護師及び准看護師は資格の分かる書類（写）をもって、経歴に代えることができます。（2級ヘルパーを除く）

(参考様式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

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

- ◇ 常設の窓口（連絡先）、担当者・職・氏名を記載する
- ◇ 市・国保連の窓口を記載する

2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

苦情があった場合の受付から管理者までの連絡手順、原因究明のための方法、苦情内容の職員への周知方法、苦情が発生しないためのマニュアル化など、処理体制・手順を記載する

3 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等（居宅介護支援事業所の場合記入）

4 その他参考事項

勉強会・研修会等を定期的実施する場合は「その他の参考事項」に記載する

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 1 - 4)

従業者一覧表

例(通所介護)

1 事業所名等

事業所番号	3470000000
事業所名	〇〇通所介護事業所
指定年月日	

2 従業者

	職種	氏名	生年月日	資格種別	勤務形態 (常勤・非常勤)	雇用年月日	備考
1	管理者	介護 太郎	S30.1.1	介護福祉士	常勤	H12.4.1	
2	生活相談員	〇〇 〇〇	.....	社会福祉士	常勤	.....	
3	生活相談員兼 介護職員	〇〇 〇〇	.....	社会福祉主事・ 介護福祉士	常勤	.....	
4	介護職員	〇〇 〇〇	.....	介護福祉士	常勤	.....	
5	介護職員	〇〇 〇〇	.....	介護福祉士	非常勤	.....	
6	看護職員兼機 能訓練指導員	〇〇 〇〇	.....	看護師	常勤	.....	
7	看護職員兼機 能訓練指導員	〇〇 〇〇	.....	看護師	非常勤	.....	
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

全ての従業者について記入してください。

(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	必要な設備・備品が記載されているか確認する	
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。

介護保険法第 115 条の 45 の 5 第 2 項の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

廿 日 市 市 長 様

申請者 住所

氏名 (法人にあっては名称及び代表者名)

印

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定申請に当たり、申請者が介護保険法第 115 条の 45 の 5 第 2 項の規定に該当しない者であることを誓約します。また、指定を受ける場合には、当該基準に従って適正に第 1 号事業を行うことを、併せて誓約します。

法人の代表者印を押しているか確認する

【介護保険法 第 115 条の 45 の 5 第 2 項】

(指定事業者の指定)

第百十五條の四十五の五 第百十五條の四十五の三第一項の指定(第百十五條の四十五の七第一項を除き、以下この章において「指定事業者の指定」という。)は、厚生労働省令で定めるところにより、第一号事業を行う者の申請により、当該事業の種類及び当該事業の種類に係る当該第一号事業を行う事業所ごとに行う。

2 市町村長は、前項の申請があった場合において、申請者が、厚生労働省令で定める基準に従って適正に第一号事業を行うことができないと認められるときは、指定事業者の指定をしてはならない。

【介護保険法施行規則 第 140 条の 63 の 6】

(法第百十五條の四十五の五第二項の厚生労働省令で定める基準)

第百四十條の六十三の六 法第百十五條の四十五の五第二項に規定する厚生労働省令で定める基準は、市町村が定める基準であつて、次のいずれかに該当するものとする。

- 一 第一号事業(第一号生活支援事業を除く。)に係る基準として、次に掲げるいずれかに該当する基準
- イ 介護保険法施行規則等の一部を改正する省令(平成二十七年厚生労働省令第四号)附則第二条第三号若しくは第四条第三号の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス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(平成十八年厚生労働省令第三十五号。ロにおいて「旧指定介護予防サービス等基準」という。)に規定する旧介護予防訪問介護若しくは旧介護予防通所介護に係る基準の例による基準又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(平成十八年厚生労働省令第三十七号。ロにおいて「指定介護予防支援等基準」という。)に規定する介護予防支援に係る基準の例による基準
- ロ 旧指定介護予防サービス等基準に規定する基準該当介護予防サービス(旧介護予防訪問介護及び旧介護予防通所介護に係るものに限る。)に係る基準又は指定介護予防支援等基準に規定する基準該当介護予防支援に係る基準の例による基準
- ハ 平成二十六年改正前法第五十四条第一項第三号又は法第五十九条第一項第二号に規定する離島その他の地域であつて厚生労働大臣が定める基準に該当するものに住所を有する居宅要支援被保険者等が、平成二十六年改正前法第五十四条第一項第三号又は法第五十九条第一項第二号に規定するサービスを受けた場合における当該サービスの内容を勘案した基準
- 二 第一号事業に係る基準として、当該第一号事業に係るサービスの内容等を勘案した基準(前号に掲げるものを除く。)

【参考：平面図（設備等について）】

1 訪問介護

- ◇ 建築図面等，縮尺が正確な図面であること
- ◇ 主要設備を写真と確認する
- ◇ 他法との関係（医療法，薬事法等）において問題はないか確認
- ◇ 利用者の受付，相談等に対応するための適切な相談スペースが確保されていること
（相談者のプライバシー保護や利用者の個人情報保護の観点から適切な場所とし，個室でない場合は，パーティション等でスペースが確保されていること）
- ◇ 具体的な面積基準はないが，必要な広さをもつ設備（ワンルームマンション程度）が必要
- ◇ 他のサービスと事務室が同一の場合，間仕切りや机の島を分ける等，明確に区分されていること
- ◇ 自宅の一部を使用して事業所とする場合，直接，事業所に出入りすることができる入口を設けていることが必要（トイレは共有可）

2 通所介護

- ◇ 建築図面等，縮尺が正確な図面であること
- ◇ 主要設備を写真と確認する
- ◇ 他法との関係（医療法，薬事法等）において問題はないか確認
- ◇ 他のサービスと事務室が同一の場合，間仕切りや机の島を分ける等，明確に区分されていること
- ◇ 事業所において給食を提供する場合，食品衛生担当部署に相談しているか
- ◇ 静養室は確保されているか（プライバシー保護の観点から，カーテンやパーティションを設置すること）
- ◇ 相談室は確保されているか（相談内容が漏えいしないよう配慮されていること）
 - ・ 機能訓練室と相談スペースが隣接し，食堂・機能訓練室から相談室へ直接出入りしなければならない場合は，「室」のしつらえを必要とする。
 - ・ 事務室内に相談スペースを設けることができ，機能訓練室から相談スペースへ直接出入りできない場合には，可動式パーティション等により，スペースを分けることを認める。