

指定申請に係る添付書類一覧（看護小規模多機能型居宅介護）

申請する事業所の名称	
------------	--

「申請者確認欄」の該当欄に「○」を付し、添付書類等に漏れないよう確認のうえ申請書等と一緒に提出してください。

	申請書及び添付書類	様式	必要書類		申請者 確認欄	町田市 確認欄
			新規	更新		
申請書	指定申請書 ※指定更新の場合は、指定更新申請書（第5号様式）を使用してください。	第1号様式 （第5号様式）	◇	◇		
	看護小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記載事項	付表8	◇	◇		
	看護小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記載事項 添付書類・チェックリスト	付表8別添		◇		
1	申請者の登記事項証明書又は条例等	—	○	※		
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	○	☆		
	資格証の写し	—	○	※		
3	管理者の経歴	参考様式2	○	※		
4	事業所の平面図・建築図面	参考様式3	○	※		
	外観及び内部の様子が分かる写真	—	○	※		
5	設備・備品等一覧	参考様式4	○	※		
6	運営規程（料金表含む）	—	○	※		
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	参考様式5	○	※		
8	協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容	—	○	※		
9	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連絡体制及び支援の体制の概要	—	○	※		
10	誓約書	参考様式6	○	○		
11	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式7	○	○		
12	<地域密着型サービス費の請求に関する事項>					
	介護給付費算定に係る体制等に関する進達書	別紙3-2	○	○		
	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	別紙1-3	○	○		
	各種加算添付書類	各種様式	△1	△1		

◇ 紙での申請の際は必要です。電子申請の際は不要です。

※ 届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。詳細は付表別添を参照してください。

☆ 指定更新月に全従業者の勤務形態一覧をすでに提出済みの場合のみ省略可能です。

△1 「介護給付費算定に係る体制等に関する進達書添付書類一覧」を参考に、必要書類を提出してください。

その他、下記の事項について適切に対応されていますか。確認し右欄に状況を記載してください。

【就業規則について】 ・常時10人以上の労働者を雇用する場合、就業規則を作成して所管の労働基準監督署に届出していますか。	届出済 ・ 未届
【食事の提供について】 ・食事を提供する場合、保健所への集団給食の届出をしているか、または営業許可を受けていますか。	受けている ・ 受けていない (届出済) (未届)
【社会保険・労働保険の加入状況について】 ・社会保険及び労働保険の加入手続きは済んでいますか。	加入済 ・ 加入手続き中 ・ 未加入
【老人福祉法の届出について】 地域密着型サービス又は第1号事業を行う場合は、老人福祉法（開始届・設置届）の届出が必要です。詳しくは東京都福祉保健局ホームページをご覧ください。 URL：https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/gyoumutodoke/rojin.html （トップページ>高齢者>介護保険>東京都介護サービス情報>地域密着型サービス>老人福祉法の届出）	届出済 ・ 届出予定
【業務管理体制に係る届出について】 業務管理体制に係る届出について提出が必要な場合があります。詳細は町田市ホームページをご確認ください。	届出済 ・ 届出予定 ・ 届出不要

担当者連絡先

申請書類に記載された内容等について問い合わせをする際の担当者名と連絡先を記入してください。

事業所名	
担当者名	
連絡先	(電話)
	(FAX)
	(Email)

※添付書類はA4判に統一してください（建物の全体図等、縮小が難しいものを除く）。

記 載 方 法		
番号	添 付 書 類	説 明
	指定申請書（第1号様式） 又は指定更新申請書（第5号様式） <u>☆電子申請の際は不要です。</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・申請者は法人です。 ・申請者欄の記載（名称、所在地、代表者の職名、氏名、住所等）は、登記事項証明書又は条例等と一致します。 ・「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に開始予定年月日を記載してください。
	看護小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記載事項（付表8） <u>☆電子申請の際は不要です。</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の名称、所在地は運営規程等と一致します。 ・Emailは原則、事業所のアドレスを記入してください。（町田市から通知等を送る際に使用します。） ・従業者欄は従業者の勤務形態一覧表と一致します。
	看護小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記載事項 添付書類・チェックリスト（付表8別添） <u>☆電子申請の際は不要です。</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・指定更新申請を行うにあたり届出済みの内容から変更がない場合、チェックリストに記載の書類を省略することが可能です。 ・添付を省略する場合には、「添付省略」に☑を付けてください。 ・届出済みの内容が不明確な場合には、添付省略せず必要書類一式を提出してください。
1	申請者の登記事項証明書又は条例等	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の履歴事項全部証明書（原本）を添付してください。 ・目的に介護保険法に基づく地域密着型サービス事業を行うことが読み取れるように記載してください。
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（参考様式1） ※参考様式1を使用する際は、 <u>勤務形態一覧表とシフト記号表</u> を提出してください。	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>記入方法</u>を必ず確認の上作成してください。 ・事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数は、就業規則を確認の上記載してください。 ・管理者や従業者が他の事業の管理者等を兼ねる場合は、全体の概要が分かるように備考欄にその旨を記載してください。 ・事業所が作成するシフト表で代替する場合は、<u>必要項目一覧</u>に該当するすべての要件を満たす場合のみとします。 ※ただし、代替書類にて人員配置基準が確認できない場合は参考様式1での作成をお願いすることがあります。
	資格証の写し	<ul style="list-style-type: none"> ・代表者については、 <ul style="list-style-type: none"> ○「認知症対応型サービス事業開設者研修」の修了証の写し ○保健師の資格証の写し ○看護師の資格証の写し のいずれかを添付してください。 ・管理者については、 <ul style="list-style-type: none"> ○「認知症対応型サービス事業管理者研修」の修了証の写し ○保健師の資格証の写し ○看護師の資格証の写し のいずれかを添付してください。 ・計画作成担当者については、 <ul style="list-style-type: none"> ①「認知症介護実践者研修」の修了証の写し ②「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」の修了証の写し ③介護支援専門員証（顔写真付き）の写し 以上、3点を添付してください。 ・看護職員については、要件を満たす資格証の写しを添付してください。
3	管理者の経歴（参考様式2）	<ul style="list-style-type: none"> ・記入例を参照し、ご記入ください。

記 載 方 法		
番号	添 付 書 類	説 明
4	事業所の平面図・建築図面（参考様式3）	<ul style="list-style-type: none"> ・平面図（用途・机や備品等の配置、面積の積算根拠を明示したもの） ・建築図面
	外観及び内部の様子が分かる写真	<p>全体の様子が分かるように複数の方向から撮影し、カラー写真を添付してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・建物外観 ・事業所入り口（事業所名の看板等） ・事務室（事務机・鍵付書庫等の設備、備品） ・居間 ・食堂 ・宿泊室 ・消火設備・非常災害に際して必要な設備 ・トイレ ・厨房 ・風呂、脱衣所等 ・手指洗浄場所 ・送迎用の車両 ・送迎用車両駐車場
5	設備・備品等一覧（参考様式4）	<ul style="list-style-type: none"> ・記入例を参照し、ご記入ください。
6	運営規程（料金表含む）	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法に定められているとおり運営規程を作成して下さい。 ・必ず運営規程に料金表を添付してください。 ・従業者の職種、員数については、指定基準において置くべきとされている員数を満たす範囲において、「〇人以上」と記載することも可。 ・次の内容について具体的に分かりやすく定めてください。 <ol style="list-style-type: none"> 1 事業の目的及び運営の方針 2 従業者の職種、員数及び職務の内容 3 営業日及び営業時間 4 登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員 5 サービスの内容及び利用料その他の費用の額（自費分） 料金表を添付するなど、具体的に定めてください。 また、単位数表示だけでなく円単位で表示してください。 1割、2割及び3割負担の金額がわかるようにしてください。 6 通常の事業実施地域 通常の実施地域内の送迎は、報酬に含まれます。 通常の実施地域以外の場合、送迎に係る費用の支払いについては運営規程に定めた額を利用者から受けることができます。 7 サービス利用に当たっての留意事項 利用者が機能訓練室等の施設を利用するに当たっての留意事項等を記載してください。 8 緊急時等における対応方法 9 非常災害対策 10 虐待の防止のための措置に関する事項（2024年3月31日まで経過措置） 11 その他運営に関する重要事項
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（参考様式5）	<ul style="list-style-type: none"> ・次の事項について具体的に分かりやすく記載してください。 <ol style="list-style-type: none"> 1 利用者からの相談、苦情等に対応する常設の窓口、担当者の設置（担当者名、受付時間） 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 ・記入例を参照し、町田市介護保険課・東京都国民健康保険団体連合会の苦情相談先を記載してください。
8	協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・契約内容がわかる書面の写しを添付してください。
9	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連絡体制及び支援の体制の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・協定書等の写しを添付してください。 ・任意の様式で連携体制及び支援体制の概要を添付してください。
10	誓約書（参考様式6） ※別紙も添付してください。	<ul style="list-style-type: none"> ・内容をご確認のうえ、誓約できる場合は、事業者の名称・代表者の職名・氏名を記入してください。
11	介護支援専門員の氏名及びその登録番号（参考様式7）	<ul style="list-style-type: none"> ・記入例を参照し、ご記入ください。 ・計画作成担当で介護支援専門員の資格を持っている方の氏名及び登録番号を記載してください。

記 載 方 法		
番号	添 付 書 類	説 明
12	<地域密着型サービス費の請求に関する事項>	
	介護給付費算定に係る体制等に関する進達書（別紙3-2） 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1-3）	・「別紙3-2」及び「別紙1-3」は必ずご提出ください。
	各種加算添付書類	・「介護給付費算定に係る体制等に関する進達書添付書類一覧」に記載のある加算を取得する場合は、加算ごとに必要書類を添付してください。

看護小規模多機能型居宅介護 変更届必要書類一覧表

変更があった事項		変更届出書	付表 記載看護 事項小 規模の多 機能に 係る宅	登記事項 証明書 又は条 例	勤務形 態一覧 表	管理 者経 歴書	平 面 図	設 備・ 備 品等 一 覧 表	介 護 支 援 専 門 員 一 覧 表	変 更 後 の 運 営 規 程	等 介 護 に 関 する 費 算 定 に 係 る 体 制	等 介 護 給 付 費 算 定 に 係 る 体 制	加 算 等 の 各 届 出 書	そ の 他 必 要 書 類	留 意 事 項
様式名		第2号 様式	付表 8		参考様式 1	参考様式 2	参考様式 3	参考様式 4	参考様式 7		別紙 3-2	別紙 1-3			
1	事業所（施設）の名称	☆	☆	△						◇					
2	事業所（施設）の所在地	☆	☆	△			○			◇				・状況等がわかる写真（カラー）を添付	・事業所の移転の場合は、必ず事前にご相談ください。
3	申請者の名称	「法人に関する変更届必要書類一覧」をご覧ください。												・別法人となる場合は、旧事業所の廃止と新法人での新規申請となります。この場合は、必ず事前にご相談ください。	
4	主たる事務所の所在地														
5	代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所														
6	申請者（開設者）の登記事項証明書又は条等（当該事業に関するものに限る。）														
7	事業所の種別等	☆	☆				△								
8	建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要	☆	☆				○	○						・状況等がわかる写真（カラー）をA4用紙サイズに貼り付けまたは印刷し場所を記してください	・必ず事前にご相談ください。
9	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	☆	☆		○	○								・管理者研修修了証の写しを添付	「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」には、管理者の人員配置率を確認できる情報のみの記載可。当該管理者が、他の職種を兼務する場合は、兼務する職種の情報も記載すること。
運営規程															
10	(1) 従業者（職員）の職種、員数及び職務の内容	☆	☆		○					◇					従業者の職種、員数に実人数を記載する場合、毎年10月1日時点において前年同月と比較し従業者の員数に変更が生じた際は、10月10日までに届け出てください。（指定から1年未満の事業所については、10月1日を迎えた時点で指定の日と比較すること）
	(2) 営業日及び営業時間	☆	☆		○					◇				・利用者への周知文又は同意書のひな形を添付	・必ず事前にご相談ください。
	(3) 利用定員／入居定員及び居室数／入所定員	☆	☆		○		△			◇				・利用者への周知文又は同意書のひな形を添付	・必ず事前にご相談ください。
	(4) その他の変更	☆	☆							◇				・利用料変更の場合は、利用者の同意書のひな形を添付	・利用料変更の場合は必ず事前にご相談ください。
11	協力医療機関等の名称、診療科目、契約の内容等	☆	☆											・協力医療機関等との契約書等の写しを添付	
12	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との連携体制及び支援の体制の概要	☆	☆												
13	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	☆	☆		○				○					・要件を満たす資格証の写しを添付	
14	地域密着型サービス費の請求に関する事項（加算に関する変更）									△◇	○	○	○*1	*1 「介護給付費算定に係る体制等に関する添付書類一覧」参照	

☆ 電子申請を利用する場合は不要です。

△ 変更がある場合のみ、ご提出ください。

◇ 変更箇所が分かるようにしてください。

※ 別途書類の提出をお願いする事があります。

(参考) 「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」の必要項目一覧

		夜間対応型 訪問介護	認知症対応型 通所介護 (予防)	小規模多機能 型居宅介護 (予防)	認知症対応型 共同生活介護 (予防)	地域密着型特 定施設入居者 生活介護	地域密着型 介護老人福祉 施設入所者 生活介護	定期巡回・ 随時対応型 訪問介護看護	複合型サービ ス(看護小規 模多機能型居 宅介護)	地域密着型 通所介護	療養通所介護	居宅介護支援 /介護予防支 援	第1号 訪問事業	第1号 通所事業
サービス共通	サービス種別	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	事業所名	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	職種	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	勤務形態(常勤・非常勤/専従・兼務)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	資格・修了研修	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	氏名	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	日々の勤務時間(勤務時間帯)/従業員(※1)ごと	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●(※4)	●	●
	当月の勤務時間数合計/従業員(※1)ごと	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	兼務状況(兼務内容、兼務先)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	常勤の従業員が勤務すべき時間数	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
利用者(入所者・入院患者)の数	-	●	●	●	●	●	-	●	●	●	●	●	●	
通所サービス	サービス提供の単位	-	●	-	-	-	-	-	-	●	●	-	-	●
	サービス提供時間帯	-	●	-	-	-	-	-	-	●	●	-	-	●
	サービス提供時間内の勤務時間数/従業員(※1)ごと	-	●	-	-	-	-	-	-	●	●	-	-	●
	サービス提供時間内の勤務延時間数(※2)	-	●	-	-	-	-	-	-	●	-	-	-	●
	サービス提供時間数(平均提供時間数)(※3)	-	●	-	-	-	-	-	-	●	-	-	-	●
居住・施設 サービス	ユニット(ユニット型の場合)	-	-	-	●	-	●	-	-	-	-	-	-	-
	宿直	-	-	●	-	-	-	-	●	-	-	-	-	-
	夜勤時間帯(夜間・深夜時間帯)/宿直時間帯	-	-	●	●	-	-	-	●	-	-	-	-	-

(※1) 従業員: ここでは人員に関する基準で規定されている職種の従業員を指します。

(※2) サービス提供時間内の勤務延時間数: サービス提供時間内に勤務する時間数の合計をいいます。

(※3) 平均提供時間数: 利用者ごとの提供時間数の合計を利用者数で除して得た数

(※4) 「勤務時間帯」の代わりに「勤務時間数」でも可

(※5) 共用型指定認知症対応型通所介護事業所の場合は、設備を共用するサービス(指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護、指定地域密着型特定施設または指定地域密着型介護老人福祉施設)の項目についても必要です。

【留意事項】

- ・上表は人員配置基準を確認するために、「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」として必要な項目をサービス種別ごとにまとめたものです。人員配置基準の詳細は各サービスの指定基準を確認してください。
- ・人員配置基準の確認に必要な項目であっても、他の資料(申請書・付表、運営規程等)で確認可能なものは「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」の必要項目とはしていません。(例: 事業所の営業日、営業時間、定員など)
- ・上表に記載された項目であっても、他の提出資料によって確認が可能な場合は、「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」上に記載がなくとも差し支えありません。
- ・加算を適用する場合や、見守り機器等を導入した場合の夜間における人員配置基準の緩和を適用する場合などにおいては、上表に記載の項目以外の情報も必要となるので、指定基準・告示等を確認してください。