

【 記 載 例 】

指定地域密着型サービス事業所
 指定地域密着型介護予防サービス事業所
 指定居宅介護支援事業所
 指定介護予防支援事業所

指定申請書

2023 年 4 月 1 日

町田市長 殿

所在地 東京都町田市*****

申請者 名称 株式会社〇〇〇〇

代表者職名・氏名 代表取締役 町田 太郎

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、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申 請 者	フリガナ	カブシキカイシャ〇〇〇〇							
	名 称	株式会社〇〇〇〇							
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 194 - 8520) 東京 都 道 町 市 区 村 *****							
	連絡先	電話番号	042-***-****	(内線)	****	FAX番号	042-***-****		
		Email	*****@****.*.jp						
	法人等の種類	営利法人							
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ	マチダ タロウ	生年月日	19**年**月**日			
			氏名	町田 太郎					
代表者の住所	(郵便番号 *** - ****) 東京 都 道 町 市 区 村 *****								
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に☑ ☐									
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	同一所在地において行う事業等の種類			共生型サービス申請時に☑	指定申請対象事業(該当事業に○)	既に指定を受けている事業(該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定年月日	様 式	
	地 域 密 着 型 サ ー ビ ス	夜間対応型訪問介護							付表1
		認知症対応型通所介護							付表2
		小規模多機能型居宅介護							付表3
		認知症対応型共同生活介護				○		2023年4月1日	付表4
		地域密着型特定施設入居者生活介護							付表5
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護							付表6
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護							付表7
		複合型サービス							付表8
		地域密着型通所介護			☐				付表9
	居宅介護支援事業							付表10	
	介護予防支援事業							付表11	
サ ー ビ ス 防 止 型	介護予防認知症対応型通所介護							付表2	
	介護予防小規模多機能型居宅介護							付表3	
	介護予防認知症対応型共同生活介護							付表4	
介護保険事業所番号				(既に指定又は許可を受けている場合)					
医療機関コード等				(保険医療機関として指定を受けている場合)					

* 裏面に記載に関しての備考があります。

- 備考 1 「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 2 保険医療機関、保険薬局、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、そのすべてを記載してください。
- 3 既に地域密着型サービス事業所または地域密着型介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業者が、他方の地域密着型サービス事業所または地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「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」「当該申請に係る事業の開始予定年月日」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。
- 4 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 5 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本 登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。

【 記 載 例 】

変更届出書

2023 年 4 月 1 日

町田市長 殿

所在地 東京都町田市*****

申請者 名称 株式会社〇〇〇〇

代表者職名・氏名 代表取締役 町田 太郎

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。

介護保険事業所番号		1	3	9	*	*	*	*	*	*	*	*
指定内容を変更した事業所等	名称	認知デイ◆◆◆◆										
	所在地	東京都町田市*****										
サービスの種類		認知症対応型通所介護										
変更年月日		2023 年 4 月 1 日										
変更があった事項(該当に○)		変更の内容										
	事業所(施設)の名称	(変更前)										
	事業所(施設)の所在地											
	申請者の名称											
	主たる事務所の所在地											
	法人等の種類											
	代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所	管理者の変更 町田 太郎										
	登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)											
	共生型サービスの該当有無											
	事業所(施設)の建物の構造、専用区画等											
○	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所	(変更後)										
	運営規程											
	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関											
	事業所の種別等											
	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等 との連携・支援体制	管理者の変更 東京 次郎										
	本体施設、本体施設との移動経路等											
	併設施設の状況等											
	連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地											
	介護支援専門員の氏名及びその登録番号											

備考 1「(参考)変更届への標準添付書類一覧」を確認し、必要書類を添付してください。
2「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。
なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の(変更前)と(変更後)欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

【 記 載 例 】

再開届出書

2023 年 4 月 1 日

町田市長 殿

所在地 東京都町田市*****

申請者 名称 株式会社〇〇〇〇

代表者職名・氏名 代表取締役 町田 太郎

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号	1 3 9 * * * * * *
再開した事業所	名称	認知デイ◆◆◆◆
	所在地	東京都町田市*****
サービスの種類		認知症対応型通所介護
再開した年月日		2023 年 4 月 1 日

備考 事業の再開に係る届出にあつては、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)を添付してください。

【 記 載 例 】

廃止・休止届出書

2023 年 4 月 1 日

町田市長 殿

所在地 東京都町田市*****

申請者 名称 株式会社〇〇〇〇

代表者職名・氏名 代表取締役 町田 太郎

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

	介護保険事業所番号	1	3	9	*	*	*	*	*	*	*
廃止(休止)する事業所	名称	認知デイ◆◆◆◆									
	所在地	東京都町田市*****									
サービスの種類	認知症対応型通所介護										
廃止・休止の別	<input checked="" type="radio"/> 廃止 ・ <input type="radio"/> 休止										
廃止・休止する年月日	2023 年 4 月 1 日										
廃止・休止する理由	< 理由を記載 >										
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置	< 措置結果(経過)を記載 >										
休止予定期間	休止日 ~ 年 月 日										

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

【 記 載 例 】

付表2-1 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）

事業所	フリガナ	ニンチダイ◆◆◆◆							
	名称	認知ダイ◆◆◆◆							
	所在地	(郵便番号 194 - 8520) 東京 都 道 町田 市 区 ***** 府 県 町 村							
	連絡先	電話番号	042-***-**** (内線) ****		FAX番号	042-***-****			
	Email	*****@*****.jp							
事業の実施形態		<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型							
管理者	フリガナ	マチダ ジロウ			住所	(郵便番号 194 - ****) 東京都町田市***** △△△△マンション 999号室			
	氏名	町田 二郎							
	生年月日	****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）				生活相談員				
	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					
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積		72.55 m ²		利用定員(同時利用)			12 人		
サービス提供単位1	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	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)		2			2	1	
	非常勤(人)					8		3	
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			○	○	○	○	○	○	○
	その他(年末年始休日等)		12月28日～1月3日						
	営業時間		8 : 30		～		17 : 30		
曜日ごとに異なる場合	平日	:		～		:			
	土曜日	:		～		:			
	日曜日・祝日	:		～		:			
サービス提供時間		9 : 30		～		16 : 00			
利用定員		12 人							
サービス提供単位2	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	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)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他(年末年始休日等)								
	営業時間		:		～		:		
曜日ごとに異なる場合	平日	:		～		:			
	土曜日	:		～		:			
	日曜日・祝日	:		～		:			
サービス提供時間		:		～		:			
利用定員		人							
サービス提供単位3	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	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)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他(年末年始休日等)								
	営業時間		:		～		:		
曜日ごとに異なる場合	平日	:		～		:			
	土曜日	:		～		:			
	日曜日・祝日	:		～		:			
サービス提供時間		:		～		:			
利用定員		人							
添付書類		別添のとおり							

サービス提供単位が2以上の場合に使用。
サービス提供単位が4以上ある場合は「参考」を使用してください。

(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)

事業所	フリガナ								
	名称	サテライトがある場合はこちらに記入してください。							
	所在地	上記と同様に、サービス提供単位が2以上の場合に使用。							
	連絡先	サービス提供単位が4以上ある場合は「参考」を使用してください。							
○設備に関する基本		食堂及び機能訓練室の合計面積	m ²	利用定員(同時利用)	人				
サービス提供単位1	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	営業時間		その他(年末年始休日等)						
	曜日ごとに異なる場合	平日	～						
		土曜日	～						
		日曜日	～						
	サービス提供時間	～							
利用定員	人								
サービス提供単位2	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	営業時間		その他(年末年始休日等)						
	曜日ごとに異なる場合	平日	～						
		土曜日	～						
		日曜日	～						
	サービス提供時間	～							
利用定員	人								
サービス提供単位3	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	営業時間		その他(年末年始休日等)						
	曜日ごとに異なる場合	平日	～						
		土曜日	～						
		日曜日	～						
	サービス提供時間	～							
利用定員	人								

- 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様に記載した書類を添付してください。
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 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 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
 5 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

【 記載例 & 注意事項 】

(別添)

付表2-1 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 添付書類・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

指定更新の場合！

	添付書類	参考様式	(※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input checked="" type="checkbox"/> 添付省略	
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input checked="" type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	管理者の経歴	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input checked="" type="checkbox"/> 添付省略	
4	平面図	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input checked="" type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	設備・備品等一覧表	参考様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input checked="" type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input checked="" type="checkbox"/> 添付省略	
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	<input type="checkbox"/> 添付	<input checked="" type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
8	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input checked="" type="checkbox"/> 添付	

【!!注意!!】
「添付省略」をする場合は、提出済みの書類等が「最新である」ことを確認してください。

すでに居ない従業員が記載されている場合があるのでご注意ください！

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、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。
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。

提出者(問合先)

事業所名	認知ダイ◆◆◆◆
担当者名	町田 二郎
電話	042-***-***
メールアドレス	*****@*****.jp

【 記 載 例 】

付表 2-2 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)

事業所	フリガナ	ニンチダイ◆◆◆◆							
	名称	C							
	所在地	(郵便番号 194 - 8520) 東京 都 道 町田 市 区 ***** 府 県 町 村							
	連絡先	電話番号	042-***-**** (内線) ****		FAX番号	042-***-****			
	Email	*****@*****.jp							
本体事業種別		<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設							
管理者	フリガナ	マチダ ジロウ		住所	(郵便番号 194 - ****) 東京都町田市***** △△△△マンション 999号室				
	氏名	町田 二郎							
	生年月日	***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)		生活相談員						
	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	グループホーム◎◎◎◎		事業所番号	139*****		
		兼務する職種及び勤務時間等	管理者 月～金 8時から12時						
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
本体の事業所等の入居者を含めた利用者数				12 人					
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積		72.55 m ²		利用定員 (同時利用)		12 人			
サービス提供単位 1	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	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)	2				2		1
	非常勤 (人)					2			
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			○	○	○	○	○		○
	その他 (年末年始休日等)								
	営業時間		8 : 30		～ 17 : 30				
曜日ごとに異なる場合	平日	:		～		:			
	土曜日	:		～		:			
	日曜日・祝日	:		～		:			
サービス提供時間		9 : 30		～ 16 : 30					
利用定員		12 人							
サービス提供単位 2	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	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)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他 (年末年始休日等)								
	営業時間		:		～		:		
曜日ごとに異なる場合	平日	:		～		:			
	土曜日	:		～		:			
	日曜日・祝日	:		～		:			
サービス提供時間		:		～		:			
利用定員		人							
サービス提供単位 3	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	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)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他 (年末年始休日等)								
	営業時間		:		～		:		
曜日ごとに異なる場合	平日	:		～		:			
	土曜日	:		～		:			
	日曜日・祝日	:		～		:			
サービス提供時間		:		～		:			
利用定員		人							
添付書類		別添のとおり							

(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)

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号		—)			
		都府	道県	市区	町村				
連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号				
	Email								
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡		利用定員(同時利用)			人		
サービス提供単位1	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間		:		~		:		
	曜日ごとに異なる場合	平日	:		~		:		
		土曜日	:		~		:		
		日曜日・祝日	:		~		:		
	サービス提供時間		:		~		:		
	利用定員		人						
	サービス提供単位2	○設備に関する基準の確認に必要な事項							
営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
営業時間		:		~		:			
曜日ごとに異なる場合		平日	:		~		:		
		土曜日	:		~		:		
		日曜日・祝日	:		~		:		
サービス提供時間		:		~		:			
利用定員		人							
サービス提供単位3		○設備に関する基準の確認に必要な事項							
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間		:		~		:		
	曜日ごとに異なる場合	平日	:		~		:		
		土曜日	:		~		:		
		日曜日・祝日	:		~		:		
	サービス提供時間		:		~		:		
	利用定員		人						

- 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様に記載した書類を添付してください。
- 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
- 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 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 5 サービス提供時間は 送迎時間を除きます。

【 記載例 & 注意事項 】

(別添)

付表2-2 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 添付書類・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(※1)の上、必ず全項目を提出してください。

指定更新の場合！

	添付書類	参考様式	(※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条 例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input checked="" type="checkbox"/> 添付省略	
2	従業者の勤務体制及び 勤務形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input checked="" type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	管理者の経歴	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input checked="" type="checkbox"/> 添付省略	
4	平面図	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input checked="" type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	設備・備品等一覧表	参考様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input checked="" type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input checked="" type="checkbox"/> 添付省略	
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	<input type="checkbox"/> 添付	<input checked="" type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
8	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input checked="" type="checkbox"/> 添付	

【!!注意!!】
「添付省略」をする場合は、提出済みの書類等が「最新である」ことを確認してください。

すでに居ない従業員が記載されている場合があるのでご注意ください！

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、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。
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。

提出者(問合先)

事業所名	認知デイ◆◆◆◆
担当者名	町田 二郎
電話	042-***-****
メールアドレス	*****@****.jp

【記載例】

【 記 載 例 】

(1) 4週
(2) 予定
(3) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数 40 時間/週 160 時間/月
当月の日数 30 日
(4) 事業所全体のサービス提供単位数 1 単位
1 単位目
(5) 当該サービス提供単位のサービス提供時間 9:30 ~ 16:30 (計 7 時間)

No	(6) 職種	(7) 勤務形態	(8) 資格	(9) 氏名	(10)																														(11) 1~4週目の勤務時間数合計	(12) 週平均勤務時間数	(13) 兼務状況 (兼務先及び兼務する職務の内容)等
					1週目							2週目							3週目							4週目							5週目				
					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					
1	管理者	A	認知症対応型サービス事業管理者研修修了	厚労 太郎	シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内の勤務時間数	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	160 140	40 35						
2	生活相談員	A	社会福祉士	〇〇 A太	シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内の勤務時間数	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	160 140	40 35						
3	生活相談員	B	社会福祉主事任用資格	〇〇 B子	シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内の勤務時間数	a 8 7				a 8 7	a 8 7			a 8 7	a 8 7					a 8 7	a 8 7					a 8 7	a 8 7		64 56	16 14	介護職員						
4	看護職員	B	看護師	〇〇 C男	シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内の勤務時間数	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4		x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4		x 4 4	x 4 4	x 4 4		x 4 4	x 4 4			x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	64 64	16 16	機能訓練指導員、 介護職員						
5	看護職員	D	准看護師	〇〇 D美	シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内の勤務時間数	x 4 4		x 4 4	x 4 4	x 4 4		x 4 4	x 4 4	x 4 4		x 4 4	x 4 4			x 4 4	x 4 4			x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	48 48	12 12	機能訓練指導員							
6	介護職員	B	-	〇〇 B子	シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内の勤務時間数	a 8 7	a 8 7		a 8 7																				96 84	24 21	生活相談員						
7	介護職員	B	-	〇〇 C男	シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内の勤務時間数					a 8 7																			32 28	8 7	看護職員、機能訓練指導員						
8	介護職員	A	介護福祉士	〇〇 E次	シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内の勤務時間数	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	160 140	40 35						
9	介護職員	A	-	〇〇 F子	シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内の勤務時間数	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	160 140	40 35						
10	機能訓練指導員	B	看護師	〇〇 C男	シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内の勤務時間数	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	64 48	16 12	看護職員、介護職員						
11	機能訓練指導員	D	看護師	〇〇 D美	シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内の勤務時間数	y 4 3		y 4 3	y 4 3	y 4 3		y 4 3	y 4 3	y 4 3		y 4 3	y 4 3			y 4 3	y 4 3			y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	48 36	12 9	看護職員							
12					シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内の勤務時間数																								0 0	0 0							
13					シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内の勤務時間数																								0 0	0 0							
(14) サービス提供時間内の勤務延時間数					生活相談員	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	196	49					
					看護職員	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	112	28					
					介護職員	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	392	98				
(15) 利用者数						12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12							
(16) サービス提供時間 (平均提供時間)						7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7							
(参考) (17) 1日の職種別人員内訳					生活相談員	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1							
					看護職員	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1							
					介護職員	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	2						
					機能訓練指導員	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1						

【注意！】
提出時には「シフト記号表」
も合わせて提出してください。

《要提出》

■シフト記号表(勤務時間帯)

※24時間表記 休憩時間1時間は「1:00」、休憩時間45分は「00:45」と入力してください。

No	記号	勤務時間				サービス提供時間		サービス提供時間内の勤務時間			自由記載欄
		始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間	勤務時間	開始時刻	終了時刻	開始時刻	終了時刻	勤務時間	
1	a	9:00	18:00	1:00	8	9:30	16:30	9:30	16:30	7	
2	b			0:00	0			0:00	0:00	0	
3	c			0:00	0			0:00	0:00	0	
4	d			0:00	0			0:00	0:00	0	
5	e			0:00	0			0:00	0:00	0	
6	f			0:00	0			0:00	0:00	0	
7	g			0:00	0			0:00	0:00	0	
8	h			0:00	0			0:00	0:00	0	
9	i			0:00	0			0:00	0:00	0	
10	j			0:00	0			0:00	0:00	0	
11	k			0:00	0			0:00	0:00	0	
12	l			0:00	0			0:00	0:00	0	
13	m			0:00	0			0:00	0:00	0	
14	n			0:00	0			0:00	0:00	0	
15	o			0:00	0			0:00	0:00	0	
16	p			0:00	0			0:00	0:00	0	
17	q			0:00	0			0:00	0:00	0	
18	r			0:00	0			0:00	0:00	0	
19	s			0:00	0			0:00	0:00	0	
20	t			0:00	0			0:00	0:00	0	
21	u				1					1	
22	v				2					2	
23	w				3					3	
24	x				4					4	
25	y				4					3	
26	z				5					5	
27	休				0					0	休日
28	-										
29	-										
30	-										

【 記 載 例 】

- ・職種ごとの勤務時間を「〇:〇〇～〇:〇〇」と表記することが困難な場合は、No21～30を活用し、勤務時間数のみを入力してください。
- ・No1～20は始業時刻・終業時刻・休憩時間等を入力すると勤務時間数が計算されますが、入力補助を目的とするものですので、結果に誤りがないかご確認ください。
- ・シフト記号が足りない場合は、適宜、行を追加してください。
- ・シフト記号は、適宜、使いやすい記号に変更していただいて構いません。
- ・(介護予防)認知症対応型通所介護における「確保すべき従業者の勤務延時間数」には、「最低限確保すべきとされている程度の休憩時間は含めて差し支えない」としており、「サービス提供時間内の勤務時間」の計算にあたってその休憩時間を差し引く必要はないのでご注意ください。(上記「U」列)

平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)

問63 通所介護において、確保すべき従業者の勤務延時間数は、実労働時間しか算入できないのか。休憩時間はどのように取扱うのか。

(答)労働基準法第34条において最低限確保すべきとされている程度の休憩時間については、確保すべき勤務延時間数に含めて差し支えない。ただし、その場合においても、居宅基準第93条第3項を満たす必要があることから、介護職員全員が同一時間帯に一齐に休憩を取ることがないようにすること。また、介護職員が常時1名しか配置されていない事業所については、当該職員が休憩を取る時間帯に、介護職員以外で利用者に対して直接ケアを行う職員(居宅基準第93条第1項第1号の生活相談員又は同項第2号の看護職員)が配置されていれば、居宅基準第93条第3項の規定を満たすものとして取り扱って差し支えない。

このような取扱いは、通常の常勤換算方法とは異なりサービス提供時間内において必要な労働力を確保しつつピークタイムに手厚く配置することを可能とするなど、交代で休憩を取得したとしても必ずしもサービスの質の低下には繋がらないと考えられる通所介護(療養通所介護は除く)に限って認められるものである。

なお、管理者は従業者の雇用管理を一元的に行うものとされていることから、休憩時間の取得等について労働関係法規を遵守すること。認知症対応型通所介護についても同様の考え方とする。

《提出不要》

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 記入方法 (認知症対応型通所介護)

 ・ ・ ・ 直接入力する必要がある箇所です。
} 下記の記入方法に従って、入力してください。

 ・ ・ ・ プルダウンから選択して入力する必要がある箇所です。

なお、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」に「シフト記号表(勤務時間帯)」も必ず添付して提出してください。

・最初に「年月欄」「サービス種別」「事業所名」を入力してください。

- (1) 「4週」・「暦月」のいずれかを選択してください。
- (2) 「予定」・「実績」・「予定・実績」のいずれかを選択してください。(「予定・実績」は予定と実績が同じだったことを示す場合に選択してください。)
- (3) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数を入力してください。
- (4) 事業所全体のサービス提供単位数及び、本シートに記入する単位目を入力してください。
- (5) 当該サービス提供単位のサービス提供時間を入力してください。(送迎時間は含まれません。)
- (6) 従業者の職種について、下記のうち該当する職種をプルダウンより選択してください。(直接入力も可能です。)
記入の順序は、職種ごとにまとめてください。

No	職種名
1	管理者
2	生活相談員
3	看護職員
4	介護職員
5	機能訓練指導員

- (7) 従業者の勤務形態について、下記のうち該当する区分の記号をプルダウンより選択してください。
記入の順序は、各職種の中で勤務形態の区分ごとにまとめてください。

記号	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

(注) 常勤・非常勤の区分について

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していることをいいます。**雇用の形態は考慮しません**(例えば、常勤者は週に40時間勤務することとされた事業所であれば、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業者は常勤扱いとなります。)

- (8) 従業者の保有する資格について、該当する資格名称をプルダウンより選択してください。(直接入力も可能です。)
保有資格を全て記入するのではなく、人員基準上、求められる資格等を入力してください。
※選択した資格及び研修に関して、必要に応じて、資格証又は研修修了証等の写しを添付資料として提出してください。
- (9) 従業者の氏名を記入してください。
- (10) 申請する事業に係る従業者(管理者を含む。)の1ヶ月分の勤務時間を入力してください。(別シートの「シフト記号表」を作成し、シフト記号を選択してください。)
※ 指定基準の確認に際しては、4週分の入力で差し支えありません。
- (11) 従業者ごとに、合計勤務時間数が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。
※ 入力することができる勤務時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とします。
- (12) 従業者ごとに、週平均の勤務時間数が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。
- (13) 申請する事業所以外の事業所・施設との兼務がある場合は、兼務先の事業所・施設の名称及び兼務する職務の内容について記入してください。
同一事業所内の兼務についても兼務する職務の内容を記入してください。
その他、特記事項欄としてもご活用ください。
- (14) 生活相談員・看護職員・介護職員のサービス提供時間内に勤務する時間数の合計(勤務延時間数)が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。
- (15) 利用者数は、単位ごとの利用者の実人数(予定の場合は定員数)を入力してください。
- (16) サービス提供時間(平均提供時間)を入力してください。(平均提供時間=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)

(参考)

- (17) 1日の職種別人員内訳が自動カウントされますので、誤りがないか確認してください。職種を追加したい場合は、機能訓練指導員の下に1種追加可能です。

【留意事項】

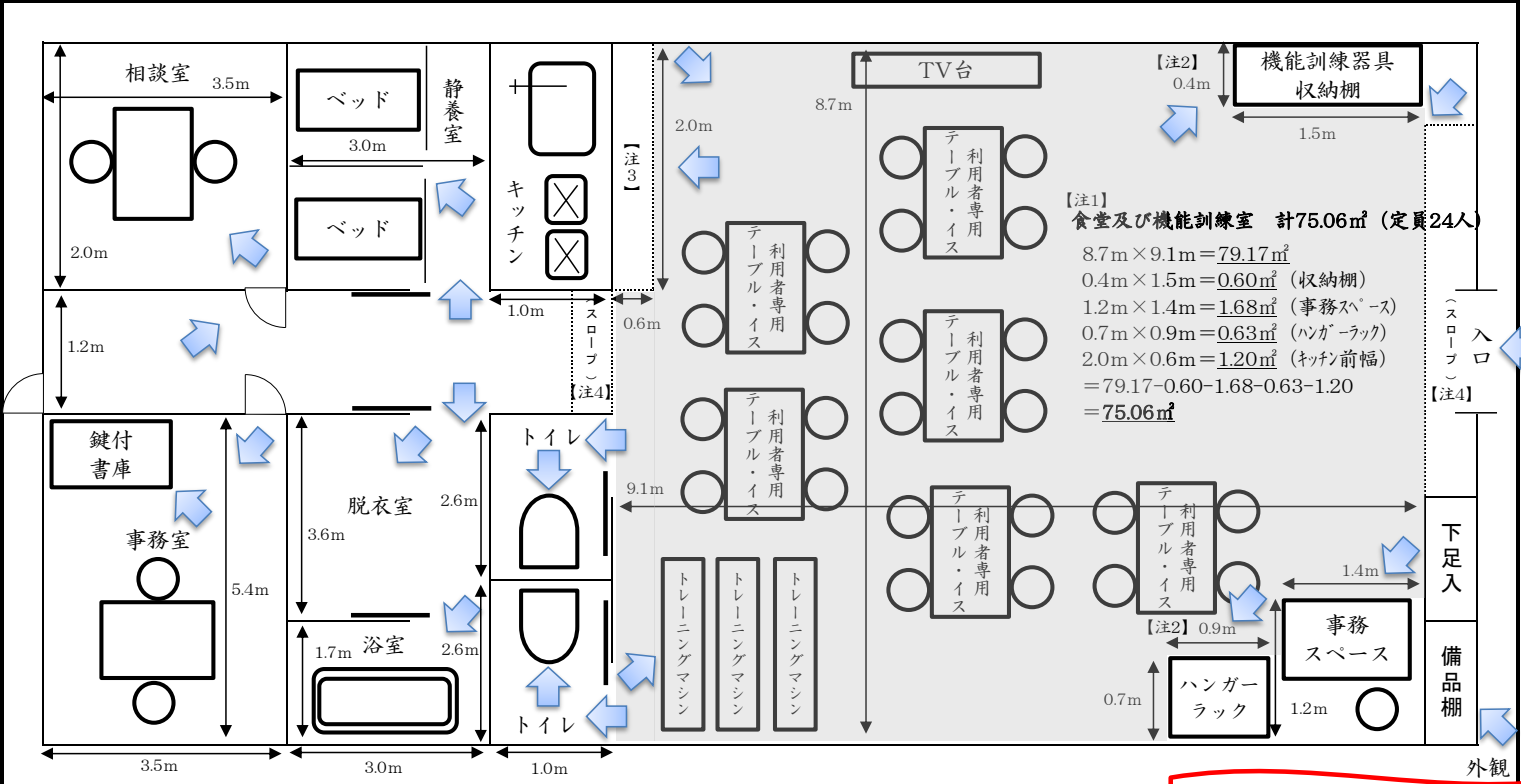
- ・初期設定では、誤入力防止のため「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のシートに保護がかかっていますので、行の追加・削除等を行う場合は「シートの保護」を解除してください。(「校閲」⇒「シート保護の解除」をクリック。PWは設定していません。再度、シートを保護する場合は、「シートの保護」⇒「OK」をクリック。)
- ・従業者の入力行が足りない場合は、適宜、行を追加してください。その際、計算式及びプルダウンの設定に支障をきたさないよう留意してください。
- ・「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(参考様式)」には計算式を設定していますが、入力の補助を目的とするものですので、結果については作成者の責任にてご確認ください。
- ・必要項目を満たしていれば、各事業所で使用するシフト表等をもって代替書類として差し支えありません。

(参考様式3)
平面図

事業所・施設の名称 デイサービス〇〇〇

【記載例】

※図中の矢印は写真を撮る方向の例です。



※添付する写真の番号と撮影方法を図示してください。(プライバシー確保の確認のため、相談室と静養室は外観と内側を撮影してください。)

【注1】食堂及び機能訓練室の面積算出については、算定した根拠となる計算式を表示してください。(面積は内法で算出してください。)

【注2】収納棚、什器、ハンガーラック、事務スペース、備品置き等の利用者が機能訓練等に利用できない部分は食堂兼機能訓練室の面積から除外してください。

【注3】キッチンが食堂兼機能訓練室と接する場合、原則、キッチン前のスペース(60cm幅)は職員のみが使用するため食堂兼機能訓練室の面積から除外してください。

【注4】通路・廊下相当・スロープ形状の部分は食堂兼機能訓練室の面積に含めることはできません。(機能訓練の一環として使用する場合でも不可。)

【注5】他の事業や他の単位を同時に運営する場合、食堂兼機能訓練室の面積には、他の事業・単位の職員や利用者が通行する通路部分(70cm幅)を含めることはできません。

- 備考 1 必ずしも本様式によらず、各室の用途及び面積の分かるものであれば、既存の平面図等をもって提出書類として差し支
 2 各室の用途及び面積を記載してください
 3 当該事業の専用部分と他との共用部分

【注意】
 机や椅子、書庫等の配置や
 事業所内の面積(面積算出の根拠※)
 を記載してください。
 ※面積を算出するための縦や横の長さを記載。

【注意】
 こちらは記載例です。
 実際はそれぞれの事業所の状態を記載してください。

【 記 載 例 】

(参考様式4)
設備等一覧表

サービス種類 (認知症対応型通所介護)
事業所名・施設名 (認知ダイ◆◆◆◆)

チェック欄	設備の種類	設備基準上適合すべき項目
	(例)消火設備その他非常災害に際して必要な設備	スプリンクラー・消火器・非常食
	事務室・相談室	机・イス・鍵付書庫
	感染予防設備	手指洗浄場所
	生活設備	手すり・補助具付トイレ・浴室・キッチン・食堂(机・イス)・下駄箱・利用者用収納
	サービス設備	機能訓練用具一式・静養室用ベット
	送迎設備	車・駐車場
	電子機器設備	電話・FAX・コピー機・PC

注意!

こちらに記載してある項目については一般的に必要なと思われる項目をあげてあります。
 項目については内容を精査していただき、追加や削除を行ってください。

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、付表及び平面図で確認できる項目以外の事項について記載してください。
- 2 「設備の種類」及び「設備基準上適合すべき項目」については、予め指定権者が、サービス毎に確認すべき内容を本様式に記載し、申請者が「チェック欄」等を記入して提出する形とすることを推奨します。

【 記 載 例 】

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	認知デイ◆◆◆◆
申請するサービス種類	認知症対応型通所介護

措 置 の 概 要	
1	<p>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</p> <p>【連絡先】 TEL：042-724-**** FAX：042-724-**** 【担当者】 森野 花子 (不在時は生活相談員 本町田 愛子) 【受付時間】 月曜日～土曜日 8：30～17：30 (緊急時は24時間対応) 【担当者不在時の対応】 ○○○○○○○○○○○○ 【その他の苦情窓口】 ①町田市 いきいき生活部 介護保険課給付係 (電話番号) 042-724-4366 ②東京都国民健康保険団体連合会 介護相談窓口担当係 (電話番号) 03-6238-0177</p>
2	<p>円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順</p> <p>①苦情相談があった場合は、状況を詳細に把握するため、聞き取りや事情の確認を行う。場合によってはご自宅を訪問し、確認を行う。 ②苦情の原因を分析するために、スタッフや担当の介護支援専門員等の関係者と共に対処策を協議する。 ③ご利用者様に対処策をご説明し、同意のもとに実施する。 ④事業所だけでは問題解決が難しい場合、町田市の担当課に相談し、助言を求める。 ⑤同様の苦情が起こらないよう、再発防止に努める。</p>
3	<p>苦情があったサービス事業者に対する対応方針等(居宅介護支援事業者の場合記入)</p>
4	<p>その他参考事項</p>

連絡先、担当者、受付時間、その他の苦情窓口と合わせて担当者が不在の場合の対応方法を記載すること。

記載内容はあくまでも記載例なので、事業所の体制や対応方法を記載してください。

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6)

【 記 載 例 】

誓 約 書

2023 年 4 月 1 日

町田 市長 殿

申請者 (名称) 株式会社〇〇〇〇

(代表者の職名・氏名) 代表取締役 町田 太郎

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

紙での提出の場合は別紙の添付を忘れずに！

<input checked="" type="radio"/>	別紙①： 地域密着型サービス事業所向け
<input type="radio"/>	別紙②： 居宅介護支援事業所向け
<input checked="" type="radio"/>	別紙③： 地域密着型介護予防サービス事業所向け

(該当に○)

該当する別紙を添付してください。

【別紙③について】

- ・認知症対応型共同生活介護
- ・認知症対応型通所介護
- ・小規模多機能型居宅介護

について、介護予防の指定も受けている場合は①と③に○をしてください。

【記載例】

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する進達書
<地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者用><居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用>

令和 5 年 4 月 1 日

東京都 知事 殿

市町村長名 町田市長

このことについて、以下のとおり事業者から届出がありましたので関係書類を添えて進達

申請書(別紙3-2)の下にある「備考」の各項目も確認してください。

Main application form with sections for applicant information, business status, service types, and special items. Includes checkboxes for various service categories and a table for implementation dates.

「指定年月日」は一番最初の指定年月日を記入ください。

指定更新の場合は空白にしてください。

指定更新の場合は変更前と変更後は空白にしてください。

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
備考2 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
備考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。
備考4 「実施事業」欄は、該当する欄に「O」を記入してください。
備考5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字の横の口を■にしてください。
備考6 「異動項目」欄には、(別紙1-3)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。
備考7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
備考8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス）

【記載例】

町田市は「2級地」です。

事業所番号 1 3 9 * * * * * *

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等	LIFEへの登録	割引
各サービス共通			地域区分 <input type="checkbox"/> 1 1級地 <input checked="" type="checkbox"/> 2 2級地 <input type="checkbox"/> 3 3級地 <input type="checkbox"/> 4 4級地 <input type="checkbox"/> 5 5級地 <input type="checkbox"/> 6 6級地 <input type="checkbox"/> 7 7級地 <input type="checkbox"/> 8 8級地 <input type="checkbox"/> 9 9級地 <input type="checkbox"/> 10 その他		
<input checked="" type="checkbox"/> 72 認知症対応型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 単独型 <input type="checkbox"/> 2 併設型 <input type="checkbox"/> 3 共用型	<p>【注意】 変更の申請時でも各チェックは行ってください。 ※変更した箇所のみチェックはNGです。</p>	職員の欠員による減算の状況 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員	<input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり
			感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり		
			時間延長サービス体制 <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input checked="" type="checkbox"/> 2 対応可		
			入浴介助加算 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ		
			生活機能向上連携加算 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ		
			個別機能訓練加算 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり		
			ADL維持等加算〔申出〕の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり		
			若年性認知症利用者受入加算 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり		
			栄養アセスメント・栄養改善体制 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり		
			口腔機能向上加算 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり		
			科学的介護推進体制加算 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり		
			サービス提供体制強化加算 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅲ		
			介護職員処遇改善加算 <input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅲ		
			介護職員等特定処遇改善加算 <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input checked="" type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ		
介護職員等ベースアップ等支援加算 <input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり					
<input checked="" type="checkbox"/> 74 介護予防認知症対応型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 単独型 <input type="checkbox"/> 2 併設型 <input type="checkbox"/> 3 共用型	職員の欠員による減算の状況 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員	<input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり	<input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり	
		感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり			
		時間延長サービス体制 <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input checked="" type="checkbox"/> 2 対応可			
		入浴介助加算 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ			
		生活機能向上連携加算 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ			
		個別機能訓練加算 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり			
		若年性認知症利用者受入加算 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり			
		栄養アセスメント・栄養改善体制 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり			
		口腔機能向上加算 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり			
		科学的介護推進体制加算 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり			
		サービス提供体制強化加算 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅲ			
		介護職員処遇改善加算 <input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅲ			
		介護職員等特定処遇改善加算 <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input checked="" type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ			
		介護職員等ベースアップ等支援加算 <input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり			

【 記 載 例 】

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の状況）

サテライトのこととなります。

事業所番号

提供サービス		施設等の区分	人員配置区分	そ の 他 該 当 す る 体 制 等			
各サービス共通			地域区分	<input type="checkbox"/> 1 1級地	<input type="checkbox"/> 6 2級地	<input type="checkbox"/> 7 3級地	<input type="checkbox"/> 2 4級地
				<input type="checkbox"/> 3 5級地	<input type="checkbox"/> 4 6級地	<input type="checkbox"/> 9 7級地	<input type="checkbox"/> 5 その他
<input type="checkbox"/> 72	認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 1 単独型 <input type="checkbox"/> 2 併設型 <input type="checkbox"/> 3 共用型	職員の欠員による減算の状況	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 看護職員	<input type="checkbox"/> 3 介護職員	
			時間延長サービス体制	<input type="checkbox"/> 1 対応不可	<input type="checkbox"/> 2 対応可		
			入浴介助加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ	
			生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ	
			個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり		
			ADL維持等加算〔申出〕の有無	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり		
			若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり		
			栄養アセスメント・栄養改善体制	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり		
			口腔機能向上加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり		
			科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり		
<input type="checkbox"/> 74	介護予防認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 1 単独型 <input type="checkbox"/> 2 併設型 <input type="checkbox"/> 3 共用型	職員の欠員による減算の状況	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 看護職員	<input type="checkbox"/> 3 介護職員	
			時間延長サービス体制	<input type="checkbox"/> 1 対応不可	<input type="checkbox"/> 2 対応可		
			入浴介助加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ	
			生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ	
			個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり		
			若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり		
			栄養アセスメント・栄養改善体制	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり		
			口腔機能向上加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり		
			科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり		

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

備考（別紙1－3）地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス

- 備考 1 事業所・施設において、施設等の区分欄、人員配置区分欄、LIFE（科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence）への登録欄、その他該当する体制等欄に掲げる項目につき該当する番号の横の口を■にしてください。
- 2 「施設等の区分」及び「その他該当する体制等」欄で施設・設備等に係る加算（減算）の届出については、「平面図」（別紙6）を添付してください。
- 3 人員配置に係る届出については、勤務体制がわかる書類（「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」（別紙7）又はこれに準じた勤務割表等）を添付してください。
- 4 「割引」を「あり」と記載する場合は「地域密着型サービス事業者等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」（別紙5－2）を添付してください。
- 5 「訪問看護体制減算」、「看護体制強化加算」及び「サテライト体制未整備減算」については、「看護体制及びサテライト体制に係る届出書」（別紙8－3）を添付してください。
- 6 「緊急時訪問看護加算」「特別管理体制」「ターミナルケア体制」については、「緊急時（介護予防）訪問看護加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書」（別紙8）を添付してください。
- 7 「総合マネジメント体制強化加算」については、「総合マネジメント体制強化加算に係る届出書」（別紙31）を添付してください。
- 8 「認知症専門ケア加算」については、「認知症専門ケア加算に係る届出書」（別紙26）を添付してください。
- 9 「24時間通報対応加算」については、「24時間通報対応加算に係る届出書」（別紙32）を添付してください。
- 10 「その他該当する体制等」欄で人員配置に係る加算（減算）の届出については、それぞれ加算（減算）の要件となる職員の配置状況や勤務体制がわかる書類を添付してください。
（例）－「機能訓練指導体制」…機能訓練指導員、「夜間勤務条件基準」…夜勤を行う看護師（准看護師）と介護職員の配置状況 等
- 11 「時間延長サービス体制」については、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な場合に記載してください。
- 12 「生活相談員配置等加算」については、「生活相談員配置等加算に係る届出書」（別紙27）を添付してください。
- 13 「入浴介助加算」については、浴室の平面図等を添付してください。
- 14 「中重度者ケア体制加算」については、「中重度者ケア体制加算に係る届出書」（別紙28－1）及び「利用者の割合に関する計算書」（別紙28－2）を添付してください。
- 15 「認知症加算」については、「認知症加算に係る届出書」（別紙29－1）及び「利用者の割合に関する計算書」（別紙29－2）を添付してください。
- 16 「栄養ケア・マネジメントの実施の有無」及び「栄養マネジメント強化体制」については、「栄養マネジメント体制に関する届出書」（別紙11）を添付してください。
- 17 「夜間看護体制」については、「夜間看護体制に係る届出書」（別紙9）を添付してください。
- 18 「看護体制加算」については、「看護体制加算に係る届出書」（別紙9－3）を、「看取り介護体制」については、「看取り介護体制に係る届出書」（別紙9－4）を、「看取り介護加算」については、「看取り介護体制に係る届出書」（別紙9－5）を添付してください。
- 19 「看取り連携体制加算」については、「看取り連携体制加算に係る届出書」（別紙9－6）を、「看取り介護加算」については、「看取り介護加算に係る届出書」（別紙9－7）を添付してください。
- 20 「訪問体制強化加算」については、「訪問体制強化加算に係る届出書」（別紙33）を添付してください。
- 21 「サービス提供体制強化加算」については、「サービス提供体制強化加算に関する届出書」（別紙12）～（別紙12－6）までのいずれかを添付してください。
- 22 「夜間支援体制加算」については、「夜間支援体制加算に係る届出書」（別紙34）を添付してください。
- 23 「医療連携体制加算」については、「医療連携体制加算に係る届出書」（別紙35）を添付してください。
- 24 「職員の欠員による減算の状況」については、以下の要領で記載してください。
看護職員、介護職員、介護従業者、介護支援専門員の欠員（看護師の配置割合が基準を満たしていない場合を含む。）…「その他該当する体制等」欄の欠員該当職種を選択する。
- 25 「日常生活継続支援加算」については、「日常生活継続支援加算に関する届出書」（別紙16）を添付してください。
- 26 「入居継続支援加算」については、「入居継続支援加算に係る届出書」（別紙20）を添付してください。
- 27 「配置医師緊急時対応加算」については、「配置医師緊急時対応加算に係る届出書」（別紙21）を添付してください。
- 28 「テクノロジーの導入」については、「テクノロジーの導入による日常生活継続支援加算に関する届出書」（別紙16－2）、「テクノロジーの導入による入居継続支援加算に関する届出書」（別紙20－2）、「テクノロジーの導入による夜勤職員配置加算に係る届出書」（別紙22）のいずれかを添付してください。
- 29 「褥瘡マネジメント加算」については、「褥瘡マネジメントに関する届出書」（別紙23）を添付してください。

注 地域密着型介護予防サービスについて、一体的に運営がされている地域密着型サービスに係る届出の別紙等が添付されている場合は、内容の重複する別紙等の添付は不要とすること。

備考（別紙1－3）地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス サテライト事業所

- 備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。