

付表1 夜間対応型訪問介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ヤカンホウモンカイゴマチダシヤクシヨ							
	名称	夜間訪問介護町田市役所							
	所在地	(郵便番号 194 - 8520)							
		町田市森野2-2-** 市役所ビル703							
連絡先	電話番号	042-724-****			FAX 番号	042-724-****			
	Email	machidayakan@ikiikisoumu.jp							
管理者	フリガナ	モリノ ハナコ			住所	(郵便番号 194 - 0022)			
	氏名	森野 花子				町田市森野1-1-**			
	生年月日	1981年1月1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)					オペレーター			
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
オペレーションセンターの有無					<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
オペレーションセンターのか所数					1 か所				
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)		1		1		1	1	1	
非常勤(人)		5		5					
営業時間		18 : 00 ~ 8 : 00							
添付書類		別添のとおり							

(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)

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -)							
連絡先	電話番号				FAX 番号				
	Email								
営業日									
営業時間		: ~ :							

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 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。

(参考様式1)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

<西暦 2018 年 4 月>

記入例

サービス種類 (夜間対応型訪問介護)
事業所・施設名 (○○○○事業所)

(* 記入例であり、人員基準を満たしたものではありません)

Main grid table with columns for staff type, name, weekly schedule (days 1-28), total hours, and remarks. Includes callouts for '兼務の人は、職種ごとに氏名を記入し、その職種としての時間数を記入してください。' and '備考3に基づいた①~⑩までの勤務時間を記入してください。'.

備考2における勤務時間数に基づいた常勤・非常勤の別を記入してください。また、同一事業所内で複数の職種を担う場合や、介護職員が複数の単位を担う場合に兼務となります。

勤務時間 [就業規則等で定められた1週間あたりの勤務時間] を含む。)について、上段には勤務時間(①~)、下段には実働時間を記入してください。
また、職種ごとの勤務時間数を按分し、備考欄に兼務する職種を記入してください。

40 時間/週

※水色のセル部分のみ入力してください。

Table with 4 columns: 勤務時間, 実働時間, 勤務時間, 実働時間. Rows 1-5 showing time ranges like 9:00~18:00 and 21:30~6:30.

4 勤務形態欄は以下のとおり記入してください。

勤務形態の区分 table with rows 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).

5 設定時間について記入してください。

Table with 2 columns: サービス提供時間, 22:00~6:00

- 6 常勤換算が必要な職種(看護職員)は、A~Dの「4週の合計勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が4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。
7 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。
8 事業所所在地が町田市以外の場合は、事業所所在地の市区町村の様式を使用しても構いません。

常勤職員の勤務時間に関する調べ

*就業規則がある場合は、就業規則を提出してください。作成していない場合は、こちらを参考にしてください。

1日あたりの労働時間－①

勤務日－①	月	～	金	曜日
-------	---	---	---	----

始業時間－①	9	時	30	分
--------	---	---	----	---

終業時間－①	18	時	30	分
--------	----	---	----	---

休憩時間	1	時間
------	---	----

計	8	時間(A)
	5	日勤務(B)

1日あたりの労働時間－②

勤務日				曜日
-----	--	--	--	----

始業時間		時		分
------	--	---	--	---

終業時間		時		分
------	--	---	--	---

休憩時間		時間
------	--	----

計		時間(C)
		日勤務(D)

休日

土曜日	○
日曜日	○
()曜日	
祝日	○
会社の指定する日	

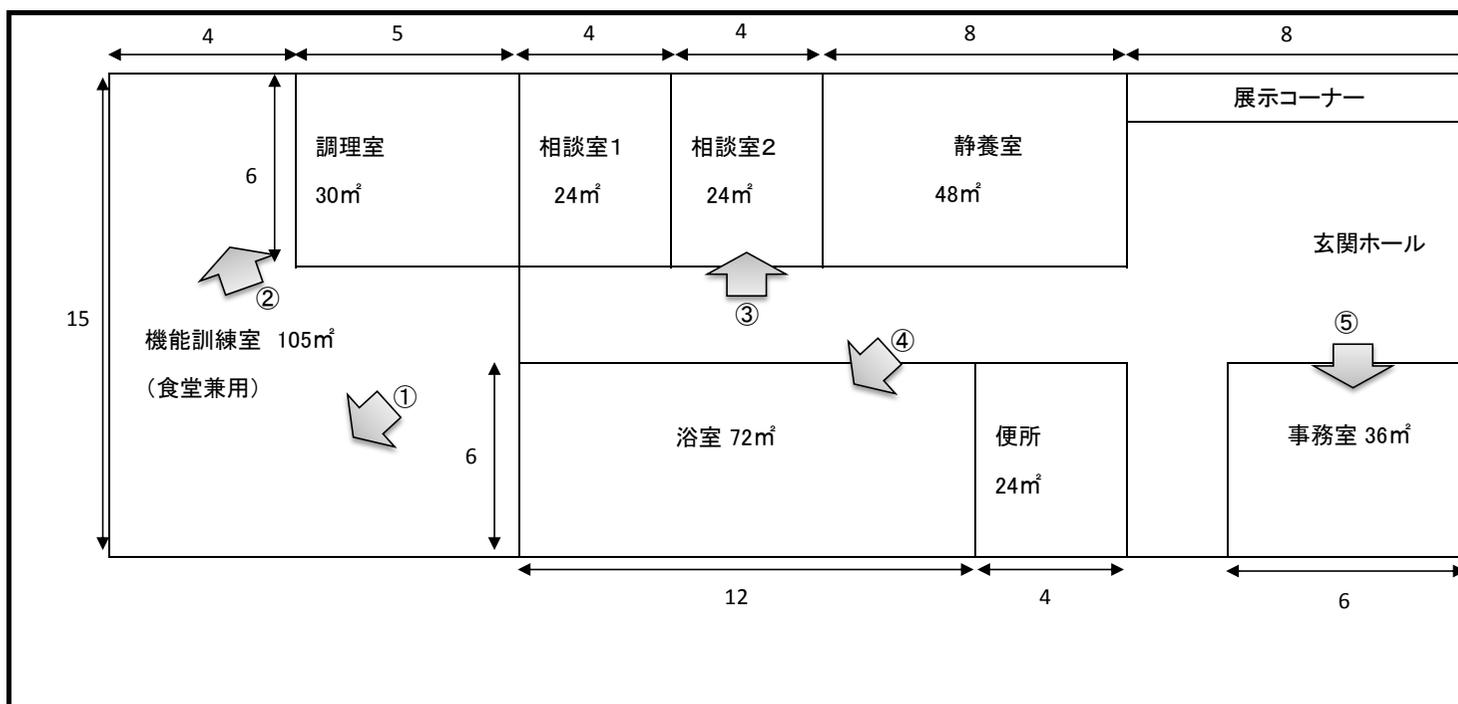
週あたりの労働時間

$((A) \times (B)) + ((C) \times (D)) =$ 40 時間

- <備考> 1 業務の都合により、始業・終業時間を繰り上げまたは繰り下げする場合がある。
 2 業務の都合により、所定時間を越えて労働を命じることがある。
 3 業務の都合により、休日に労働を命じることがある。
 上記1から3の労働を命ずる場合は、本人と事前に協議する。

(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
-----------	-----------



部屋の面積がわかるようにしてください。

※通所系サービスの「食堂及び機能訓練室」については、計算式もあわせて記載してください。

<例>
 $15 \times 9 = 135$
 $5 \times 6 = 30$
 $135 - 30 = 105$

どの方向から撮影した写真かがわかるように、矢印及び番号等を記載してください。

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えありません。

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)
設備・備品等一覧表

サービス種類 (*****)
事業所名・施設名 (町田市役所福祉サービス)

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	<ul style="list-style-type: none"> ・ ナースコール ・ 補助具付トイレ ・ 手すり ・ 浴室電動リフト ・ 可動式浴槽 	
非常災害設備等	<ul style="list-style-type: none"> ・ スプリンクラーの設置。 ・ 消火器の設置。(3本) ・ 避難経路の確保。 ・ 避難口誘導灯の設置。(2箇所) ・ 非常食の確保。 	
備品の目録	備品の品名及び数量	
送迎車	2台 (ステーションワゴン)	
機能訓練室テーブル	3台	
機能訓練室椅子	12脚	
相談室用机	1台	
相談室用椅子	3脚	
静養室ベッド	1台	
事務用机	3台	
事務用椅子	3脚	
パソコン	3台	
鍵付き書庫	2個	
複合機	1台	
冷蔵庫	1台	

- 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5)

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	デイサービス町田市役所
申請するサービス種類	地域密着型通所介護

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				
連絡先 TEL	042-724-****	FAX	042-724-****	
担当者名	管理者 町田 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)			
担当者が不在の場合の対応方法 生活相談員 本町田 愛子が聞き取りを行い、管理者へ伝える。				
【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				
2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順				
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。				
3 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等(居宅介護支援事業者の場合記入)				
4 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してください。

(参考様式6)

誓約書

2018年 12月 10日

町田市長 様

申請者 (名称)

株式会社 町田市役所介護サービス

(代表者の職名・氏名)

代表取締役 町田 花子

印

印鑑登録された法人の代表者印を、押印してください。

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するとともに、以下の項目についても相違ない旨を誓約します。また、誓約内容の確認のため、町田市が本誓約書をもって、関係官庁に調査、照会することを承諾します。

- 1 町田市暴力団排除条例(平成25年3月町田市条例第5号)第2条第3号に規定する暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者(以下「暴力団員等」という。)でないこと。
- 2 暴力団を使用し、又は暴力団員等を雇用していないこと。

<input type="radio"/>	別紙①: 地域密着型サービス事業所向け(介護のみ)
<input type="radio"/>	別紙②: 地域密着型サービス事業所向け(介護・予防)
<input type="radio"/>	別紙③: 居宅介護支援事業所向け
<input type="radio"/>	別紙④: 介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所向け

(該当に○)

【別紙②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、**介護予防の指定を受けている場合は②に○をしてください。**

(参考様式15)

社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票

貴事業所の現状等について、下記の項目に回答してください。

I. 現在、厚生年金保険・健康保険に加入していますか。

(該当する番号に○を付してください。また、必要事項をご記入ください。)

加入状況	
1	加入している。 →下記のいずれかの書類の写しを提出してください。(提示も可) ●保険料の領収証書 ●社会保険料納入証明書 ●社会保険料納入確認書 ●健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書 ●健康保険・厚生年金保険適用通知書 ※上記書類を所持していない場合には事業所整理記号を下記に記載するのみで可 (本社等にて加入手続が行われている場合も事業所整理記号を下記に記載するのみで可)
2	現在、加入手続中である。
3	今後、加入手続を行う。 (申請から3ヶ月以内に適用要件(法人事業所または従業員5人以上の個人事業所)に該当する予定の場合を含む。) ()年()月頃に手続予定(申請から3ヶ月以内の年月をご記入ください。)
4	適用要件に該当しない。 (個人事業所(法人ではない事業所)であって従業員が4名以下の場合、申請から3ヶ月以内に適用要件に該当する予定がない。)
5	適用要件に該当するか不明である。 (個人事業所(法人ではない事業所)であって、正社員と、正社員以外で1週間の所定労働時間及び1ヶ月の所定労働日数が同じ事業所で同様の業務に従事している正社員の4分の3以上である者との合計が5人以上か不明な場合)

II. 現在、労働者災害補償保険・雇用保険に加入していますか。

(該当する番号に○を付してください。また、必要事項をご記入ください。)

加入状況	
1	加入している。 →下記のいずれかの書類の写しを提出してください。(提示も可) ●労働保険概算・確定保険料申告書 ●保険関係成立届 ●納付書・領収証等 ※上記書類を所持していない場合には労働保険番号を下記に記載するのみで可 ※上記書類を所持していない場合には労働保険番号を下記に記載するのみで可
2	現在、加入手続中である。
3	今後、加入手続を行う。 (申請から3ヶ月以内に従業員(パート・アルバイトを含む)を雇う予定がある場合を含む。) ()年()月頃に手続予定(申請から3ヶ月以内の年月をご記入ください。)
4	適用要件に該当しない。 (事業主・役員・同居の親族のみで経営、従業員(パート・アルバイトを含む)がいない、申請から3ヶ月以内に従業員を雇う予定がない。)

回答年月日 2018年 11月 20日

事業所名称 株式会社 町田市役所介護サービス

事業所所在地 町田市森野2-2-**

会社等法人番号 6000020132098

電話番号 042-724-****

※ 事業主の皆様には、全ての法令を遵守していただきたいと考えています。社会保険・労働保険の適用が確認できない場合は、厚生労働省からの依頼に基づき、厚生労働省に情報提供いたします。

※ 社会保険・労働保険の適用促進以外の目的では使用いたしません。

(参考様式16)

運営規程新旧対照表

サービス種類
事業所名

認知症対応型共同生活介護
町田市役所福祉サービス

変更前	変更後
<p>(主たる事業所の名称及び所在地)</p> <p>第3条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。</p> <p>(1) 名称 町田市役所福祉サービス</p> <p>(2) 所在地 <u>町田市森野1-**-**</u></p> <p>附則</p> <p>この規程は、2011年4月1日から施行する。</p>	<p>(主たる事業所の名称及び所在地)</p> <p>第3条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。</p> <p>(1) 名称 町田市役所福祉サービス</p> <p>(2) 所在地 <u>町田市森野2-**-**</u></p> <p>附則</p> <p>この規程は、2011年4月1日から施行する。</p> <p>附則</p> <p>この規程は、2018年4月1日から施行する。</p>