

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								
	名称								
	所在地	(郵便番号 - )							
連絡先	電話番号				FAX 番号				
	Email								
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)								
○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 type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
オペレーションセンターのか所数				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)							
非常勤(人)									
営業時間		: ~ :							
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 2019 年 月>

サービス種類 ( 夜間対応型訪問介護 )  
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	常勤換算後の人数	備考 (兼務の内容等)
			1 土	2 日	3 月	4 火	5 水	6 木	7 金	8 土	9 日	10 月	11 火	12 水	13 木	14 金	15 土	16 日	17 月	18 火	19 水	20 木	21 金	22 土	23 日	24 月	25 火	26 水	27 木	28 金			
管理者																														0			
																														0			
																														0			
																														0			
																														0			
																														0			
																														0			
																														0			
																														0			
																														0			
																														0			
																														0			
																														0			
																														0			
																														0			
																														0			
																														0			
																														0			

備考 1 標題の<西暦 年 月>に年月を入力すれば、曜日は自動表示されます。

2 常勤職員が勤務すべき1週あたりの勤務時間〔就業規則等で定められた1週間あたりの勤務時間〕

時間/週

※水色のセル部分のみ入力してください。

3 申請する事業に係る従業者全員(管理者を含む。)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。

複数の職種を兼務する職員の実働時間は、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。

(内訳)

	勤務時間	実働時間		勤務時間	実働時間
①	~		⑪	~	
②	~		⑫	~	
③	~		⑬	~	
④	~		⑭	~	
⑤	~		⑮	~	
⑥	~		⑯	~	
⑦	~		⑰	~	
⑧	~		⑱	~	
⑨	~		⑲	~	
⑩	~		⑳	有休	有

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。

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	
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。

サービス提供時間

## 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 )

### 1日あたりの労働時間－①

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

始業時間－①		時		分
--------	--	---	--	---

終業時間－①		時		分
--------	--	---	--	---

休憩時間		時間
------	--	----

計		時間(A)
		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

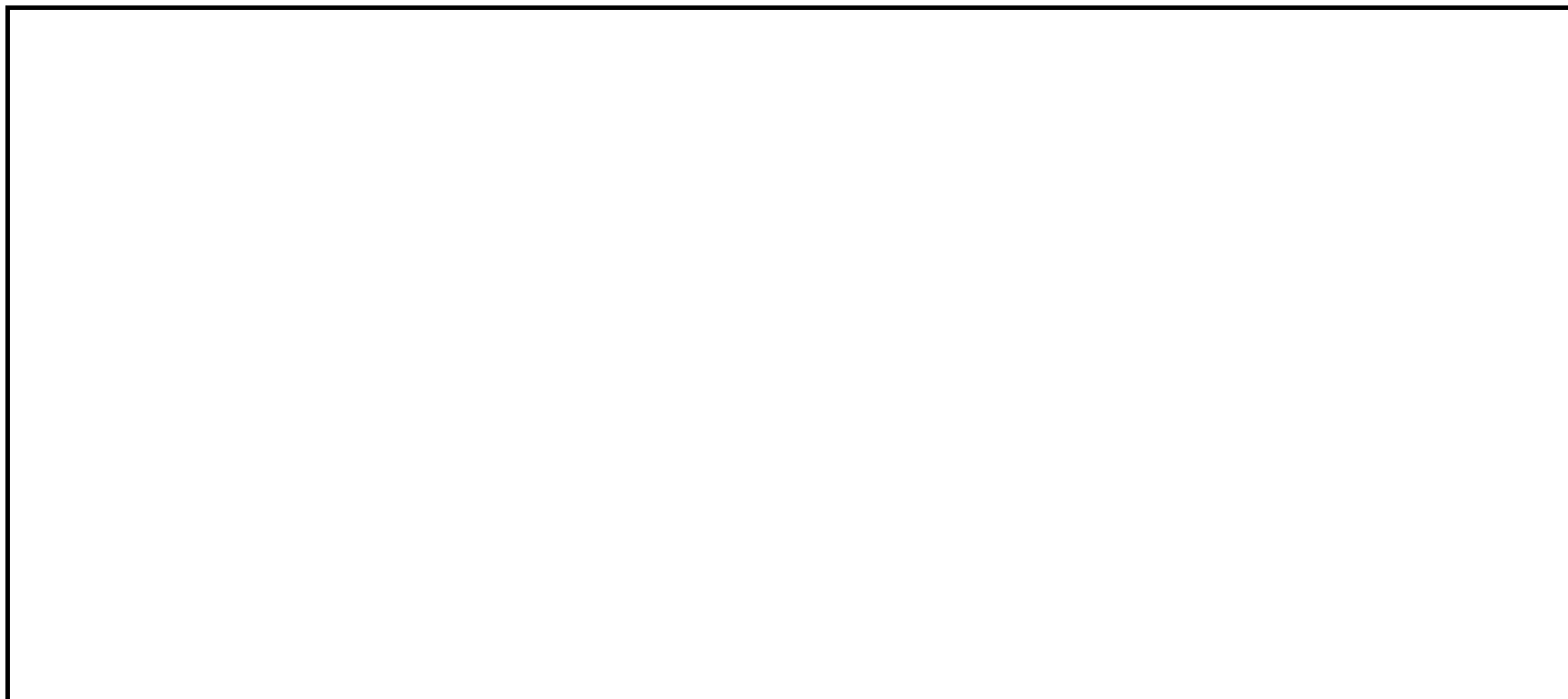
$$((A) \times (B)) + ((C) \times (D)) = \text{ } \text{時間}$$

<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	
-----------	--



- 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 ( )

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	
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				
連絡先 TEL		FAX		
担当者名				
受付時間				
担当者が不在の場合の対応方法				
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 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

年 月 日

町田市長 様

申請者 (名称)

\_\_\_\_\_  
(代表者の職名・氏名)

\_\_\_\_\_  
印

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。

	別紙①: 地域密着型サービス事業所向け(介護のみ)
	別紙②: 地域密着型サービス事業所向け(介護・予防)
	別紙③: 居宅介護支援事業所向け
	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①： 地域密着型サービス事業所向け（介護のみ）  
介護保険法第78条の2第4項

【介護保険法第78条の2第4項】

- 一 申請者が市町村の条例で定める者でないとき。
- 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市町村の条例で定める基準若しくは同項の市町村の条例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（以下この条において「所在地市町村長」という。）の同意を得ていないとき。
- 四の二 申請者が、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であるとき。
- 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。
- 五の二 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるもの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。
- 五の三 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全てを引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者を除く。）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（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定を除く。）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（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、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当該法人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を含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者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を含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定地域密着型サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定地域密着型サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 六の二 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者に限る。）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（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定に限る。）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（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、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当該法人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を含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者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を含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定地域密着型サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定地域密着型サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

- 六の三 申請者と密接な関係を有する者（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者と密接な関係を有する者を除く。）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、その取消の日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定地域密着型サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定地域密着型サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 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。
- 七の二 前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又は第七十八条の八の規定による指定の辞退があった場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等若しくは当該届出に係る法人でない事業所（当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者又は当該指定の辞退に係る法人（当該指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。）の役員等若しくは当該指定の辞退に係る法人でない事業所（当該指定の辞退について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者で、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（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人で、その役員等のうちに第四号の二から第六号まで又は前三号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、法人で、その役員等のうちに第四号の二から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十一 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人でない事業所で、その管理者が第四号の二から第六号まで又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。
- 十二 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、法人でない事業所で、その管理者が第四号の二から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。

(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	<b>加入している。</b> →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	<b>現在、加入手続中である。</b>
3	<b>今後、加入手続を行う。</b> (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	<b>適用要件に該当しない。</b> (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	<b>適用要件に該当するか不明である。</b> (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	<b>加入している。</b> →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	<b>現在、加入手続中である。</b>
3	<b>今後、加入手続を行う。</b> (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	<b>適用要件に該当しない。</b> (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 年 月 日

事業所名称

事業所所在地

会社等法人番号

電話番号

※ 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

変更前	変更後