

指定申請に係る添付書類一覧【介護予防支援（高齢者支援センター）】

紙申請の場合は、この書類も必ずご提出ください。

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）	◇	◇		
	指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項	付表11及び 別添 付表11	◇	◇		
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	—	○	※		
	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式7	○	○		
3	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	—	○	※		
4	運営規程（料金表含む）	—	○	※		
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	参考様式5	○	※		
6	誓約書（介護予防支援）	参考様式6-2	○	○		

◇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。

☆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。

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済みで	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

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） ☆電子申請の際は不要です。	<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。
	指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項（付表11） ☆電子申請の際は不要です。	<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。
	指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項・チェックリスト（付表11別添） ☆電子申請の際は不要です。	<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居宅介護支援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、勤務形態一覧表とシフト記号表を提出してください。	<ul style="list-style-type: none"> 記入方法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事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。 管理者や従事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兼務状況等の欄にその旨を記載してください。 介護支援専門員の有資格者は、職種欄を介護支援専門員、資格を介護支援専門員または主任介護支援専門員と選択すること。その他社会福祉士等の職種を有している場合は、兼務状況等の欄に記載すること。 事業所が作成するシフト表で代替する場合は、必要項目一覧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"> 保健師、社会福祉士は資格証の写し 介護支援専門員は、介護支援専門員証（顔写真付き）の写し※を添付してください。 ※主任介護支援専門員の研修修了証も有する場合は、その写しも添付。 看護師は、資格証の写しに加えて、地域ケア、地域保健等に関する経験のある者で、「高齢者に関する公衆衛生業務経験を1年以上有する者」であることがわかる書類を添付すること。 社会福祉士に準ずる者の場合は、福祉事務所の現業員等の業務経験が5年以上又は介護支援専門員の業務経験が3年以上あり、かつ、高齢者の保健福祉に関する相談援助業務に3年以上従事した経験を有することがわかる書類を添付すること。 主任介護支援専門員に準ずる者の場合は、「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について（平成14年4月24日付け老発第0424003号厚）生労働省老健局長通知」に基づくケアマネジメントリーダー研修の修了証の写し及び

記 載 方 法

番号	添 付 書 類	説 明
3	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	<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 <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） ・相談室（個室又は仕切りで仕切れ、相談内容が漏えいしないよう配慮されていることが分かる写真、相談室内部の写真） ・消火設備・非常災害に際して必要な設備
4	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。 ・従業員の職種、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 職員の職種、員数及び職務内容 3 営業日及び営業時間 4 指定介護予防支援の提供方法、内容及び利用料その他の費用の額 <ul style="list-style-type: none"> ※ここには指定介護予防支援の提供方法及び内容については、利用者の相談を受ける場所、課題分析の手順等を記載すること。 5 通常の事業実施地域 <ul style="list-style-type: none"> ※客観的にその区域が特定される内容を記載すること。 6 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） <ul style="list-style-type: none"> ※虐待の防止に係る、組織内の体制（責任者の選定、従業員への研修方法や研修計画等）や虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合の対応方法等を記載
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（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事例を記載してください。
6	誓約書（参考様式6-2）	<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。
7	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。

介護予防支援（高齢者支援センター） 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 指定居宅に 介護支援 記載事業	登記事項 証明書又は 条例	勤務形態 一覧表	平面 図	介護支援 専門員一 覧表	変更後 の運営規 程	その他 必要書類	留 意 事 項		
様式名		第2号 様式	付表 1-1		参考様式 1	参考様式 3	参考様式 7					
1	事業所（施設）の名称	☆	☆	△				◇				
2	事業所（施設）の所在地	☆	☆	△		○		◇	・案内図、変更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てください	・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										・登記事項証明書 ・誓約書	代表者の姓、住所または職名の変更のみの場合は、誓約書は不要
6	申請者（開設者）の登記事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。）										・登記事項証明書又は条例等	
7	事業所の平面図	☆	☆			○			・変更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。		
8	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	☆	☆		○		○		・資格証の写し	「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」には、管理者の人員配置基準を確認できる情報のみの記載で可。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												
9	(1) 従業者（職員）の職種、員数及び職務の内容	☆	☆		○			◇	・資格証の写し	「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」には、変更する従業者の人員配置基準を確認できる情報のみの記載で可。当該従業者が、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。		
	(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) 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	・用料変更の場合は必ず事前にご相談ください。		
10	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	☆	☆		○ (一部省略可)		○		・要件を満たす資格証の写しを添付	・「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」は、介護支援専門員の人員配置基準を確認できる情報のみの記載で可。 ・婚姻等による氏名変更はその旨を記載してください。 ・婚姻等による氏名変更や登録番号のみの変更時は「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」省略可。		

☆ 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)/従業者(※1)ごと	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●(※4)	●	●
	当月の勤務時間数合計/従業者(※1)ごと	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	兼務状況(兼務内容、兼務先)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	常勤の従業者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/従業者(※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) 従業者：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者を指します。

(※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。