

指定介護予防支援事業所

【 記 載 例 】

指定申請書

2023 年 4 月 1 日

町田市長 様

所在地

東京都町田市〇〇 〇-〇-〇

申請者 名称

社会福祉法人●●●●

代表者職名・氏名

理事長 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	シャカイフクシホウジン 〇〇〇〇						
	名 称	社会福祉法人 ●●●●						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 194 - 0000 ) 東京都 町田市 〇〇 〇-〇-〇						
	連絡先	電話番号	042-000-0000 (内線)	FAX番号	042-000-0000			
		Email	*****@*****.jp					
	法人等の種類	社会福祉法人						
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	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 194 - 0000 ) 東京都 町田市 〇〇 〇-〇-〇							
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に☑ <span style="float: right;">☐</span>								
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						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			○	○	〇〇〇〇年〇月1日	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	1 3 0 3 2 0 0 * * * (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。

## 裏面

- 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 様

所在地

東京都町田市〇〇 〇-〇-〇

申請者

名称

社会福祉法人●●●●

代表者職名・氏名

理事長 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	0	3	2	0	0	*	*	*
指定内容を変更した事業所等		名称	〇〇〇〇高齢者支援センター									
		所在地	東京都町田市〇〇 〇-〇-〇									
サービスの種類		介護予防支援										
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	管理者の変更 町田 太郎										
	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											
	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	管理者の変更 東京 次郎										
○	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所											
	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											
	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 様

申請者 所在地 東京都町田市〇〇 〇-〇-〇  
名称 社会福祉法人●●●●●  
代表者職名・氏名 理事長 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 0 3 2 0 0 * * *
再開した事業所	名称	〇〇〇〇高齢者支援センター
	所在地	東京都町田市〇〇 〇-〇-〇
サービスの種類		介護予防支援
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、従業員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 様

所在地

東京都町田市〇〇 〇-〇-〇

申請者

名称

社会福祉法人●●●●

代表者職名・氏名

理事長 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	0	3	2	0	0	*	*	*
廃止(休止)する事業所	名称	〇〇〇〇高齢者支援センター									
	所在地	東京都町田市〇〇 〇-〇-〇									
サービスの種類	介護予防支援										
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止										
廃止・休止する年月日	2023 年 5 月 31 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。

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

【 記 載 例 】

指定更新申請書

2023 年 4 月 1 日

町田市長 様

所在地

東京都町田市〇〇 〇-〇-〇

申請者 名称

社会福祉法人●●●●

代表者職名・氏名

理事長 町田 太郎

介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、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	シャカイフクシホウジン 〇〇〇〇		
	名称	社会福祉法人 ●●●●		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 194 - 0000 ) 東京都 町田市 〇〇 〇-〇-〇	町田市	〇〇 〇-〇-〇
	連絡先	電話番号 042-〇〇〇-〇〇〇〇 (内線)	FAX番号 042-〇〇〇-〇〇〇〇	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名 理事長	フリガナ 氏名 マチダ タロウ 町田 太郎	生年月日 19**年**月**日
代表者の住所	(郵便番号 194 - 0000 ) 東京都 町田市 〇〇 〇-〇-〇	町田市	〇〇 〇-〇-〇	
事 業 所	事業等の種類	介護予防支援	介護保険事業所番号	1 3 0 3 2 0 0 * * *
	指定有効期間満了日	2024年3月31日		
	フリガナ	〇〇〇〇コウレイシャシエンセンター		
	名称	〇〇〇〇高齢者支援センター		
	所在地	(郵便番号 194 - 0000 ) 東京都 町田市 〇〇 〇-〇-〇	町田市	〇〇 〇-〇-〇
所	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき			
	フリガナ	〇〇アンシンソウダンシツ		
	名称	〇〇あんしん相談室		
主たる事務所の所在地	(郵便番号 194 - 0000 ) 東京都 町田市 〇〇 〇-〇-〇	町田市	〇〇 〇-〇-〇	
管 理 者	フリガナ	マチダ シロウ	生年月日	**年**月**日
	氏名	町田 次郎		
	住所	(郵便番号 194 - 0000 ) 東京都 町田市 〇〇 〇-〇-〇 △△△△マンション 999号室	町田市	〇〇 〇-〇-〇

備考 1 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。  
 2 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。  
 3 「当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

- 別添 1 誓約書(参考様式6)  
 2 介護支援専門員一覧(参考様式7)

【 記 載 例 】

付表 11 指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	〇〇〇〇コウレイシャシエンセンター			
	名 称	〇〇〇〇高齢者支援センター			
	所在地	(郵便番号 194 - 0000 ) 東京 都 道 町 市 区 府 県 町 村 〇〇 〇-〇-〇			
	連絡先	電話番号	042-〇〇〇-〇〇〇〇 (内線)	FAX 番号	042-〇〇〇-〇〇〇〇
	Email	*****@****.**.jp			
管 理 者	フリガナ	マチダ ジロウ		住所	
	氏 名	町田 次郎			
	生年月日	****年**月**日			
		当該介護予防支援事業所における他の職務との兼務の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
者	地域包括支援センターの従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称	〇〇〇〇高齢者支援センター		
		兼務する職種及び勤務時間等	管理者 8:30~10:30		
○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(人)		担当職員			
		専従	兼務		
		常 勤(人)	9	1	
		非常勤(人)	1		
事業開始時の利用者の推定数		85 人			
添付書類		別添のとおり			

- 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。

(別添)

【 記載例 & 注意事項 】

付表 11 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

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	参考様式等	新規指定申請 (※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及び 資格証の写し	<input type="checkbox"/> 添付	<input checked="" type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	指定更新月に全従業員の 勤務形態一覧をすでに提出 済みの場合のみ省略可
3	平面図	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input checked="" type="checkbox"/> 添付省略	外観及び内部の様子が分 かる写真含む
4	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input checked="" type="checkbox"/> 添付省略	
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	<input type="checkbox"/> 添付	<input checked="" type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	関係市町村並びに他の保健医療・福祉サー ビスの提供主体との連携の内容	参考様式12	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input checked="" type="checkbox"/> 添付省略	
7	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input checked="" type="checkbox"/> 添付	
8	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式7	<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。

届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

提出者(問合先)

事業所名	〇〇〇〇高齢者支援センター
担当者名	町田 花子
電話	042-〇〇〇-〇〇〇〇
メールアドレス	*****@*****.jp



資格証の添付忘れずに (すでに提出済みの場合は添付省略可だが、不明の場合は添付すること)  
※有効期限要注意

【 記 載 例 】

(1) 4週  
(2) 予定  
(3)事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数 40 時間/週 160 時間/月  
(4)利用者数(新規の場合は推定数) 85 人  
当月の日数 30 日

No	(5) 職種	(6) 勤務形態	(7) 資格	(8) 氏名	(9)																														(10)1~4週目の勤務時間数合計	(11) 週平均勤務時間数	(12) 兼務状況 (兼務先/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	B	主任介護支援専門員	○○ ○○	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	40	10		
2	介護支援専門員	B	主任介護支援専門員	○○ ○○	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	120	30			
3	介護支援専門員	A	主任介護支援専門員	□□ □□			8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	160	40			
4	介護支援専門員	A	介護支援専門員	■ ■ ■ ■	8.0		8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	160	40			
5	介護支援専門員	A	介護支援専門員	△△ △△	8.0		8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	160	40			
6	介護支援専門員	A	介護支援専門員	▲▲ ▲▲	8.0		8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	160	40			
7	介護支援専門員	A	介護支援専門員	◇◇ ◇◇			8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	160	40			
8	介護予防支援担当職員	A	保健師	◆◆ ◆◆	8.0		8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	160	40			
9	介護予防支援担当職員	A	経験ある看護師	☆☆ ☆☆	8.0		8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	160	40			
10	介護予防支援担当職員	A	社会福祉士	★★ ★★	8.0		8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	160	40			
11	介護予防支援担当職員	A	社会福祉士	◎◎ ◎◎	8.0		8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	160	40			
12	介護予防支援担当職員	C	社会福祉主事(3年以上従事)	●● ●●	8.0		8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	96	24			
13																																0	0				
14																																	0	0			
15																																	0	0			
16																																	0	0			
17																																	0	0			
18																																	0	0			

(13) 【任意入力】 人員基準の確認 (介護支援専門員 (介護予防支援))

(勤務形態の記号)

勤務形態	勤務時間数合計		常勤換算の対象時間数		常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数
	当月合計	週平均	当月合計	週平均	
A	800	200	0	0	5
B	120	30	120	30	0
C	0	0	0	0	-
D	0	0	0	0	-
合計	920	230	120	30	5

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

■ 常勤換算方法による人数基準: 4週  
常勤換算の 常勤の従業者が 対象時間数(週平均) 週に勤務すべき時間数 常勤換算後の人数  
 $\frac{30}{40} = 0.7$   
(小数点第2位以下切り捨て)

■ 介護支援専門員の常勤換算方法による人数  
常勤換算方法対象外の 常勤の従業者の人数 常勤換算方法による人数 合計  
 $5 + 0.7 = 5.7$ 人

《提出不要》

## 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表 記入方法 (介護予防支援)

### 【注意事項】

・直接入力する必要がある箇所です。

・プルダウンから選択して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。

なお、「従業員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。  
・初期設定では、誤入力防止のため「従業員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。)

・従業員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。

・「従業員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)勤務形態一覧記載項目タブに記載の、(参考)「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」の必要項目一覧を参照してください。

- (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員が勤務すべき時間数を入力してください。
- (4) 利用者の数(新規・再開の場合は推定数)を入力してください。
- (5) 従業員の職種について、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	介護支援専門員
3	介護予防支援担当職員

- (6) 従業員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員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。**

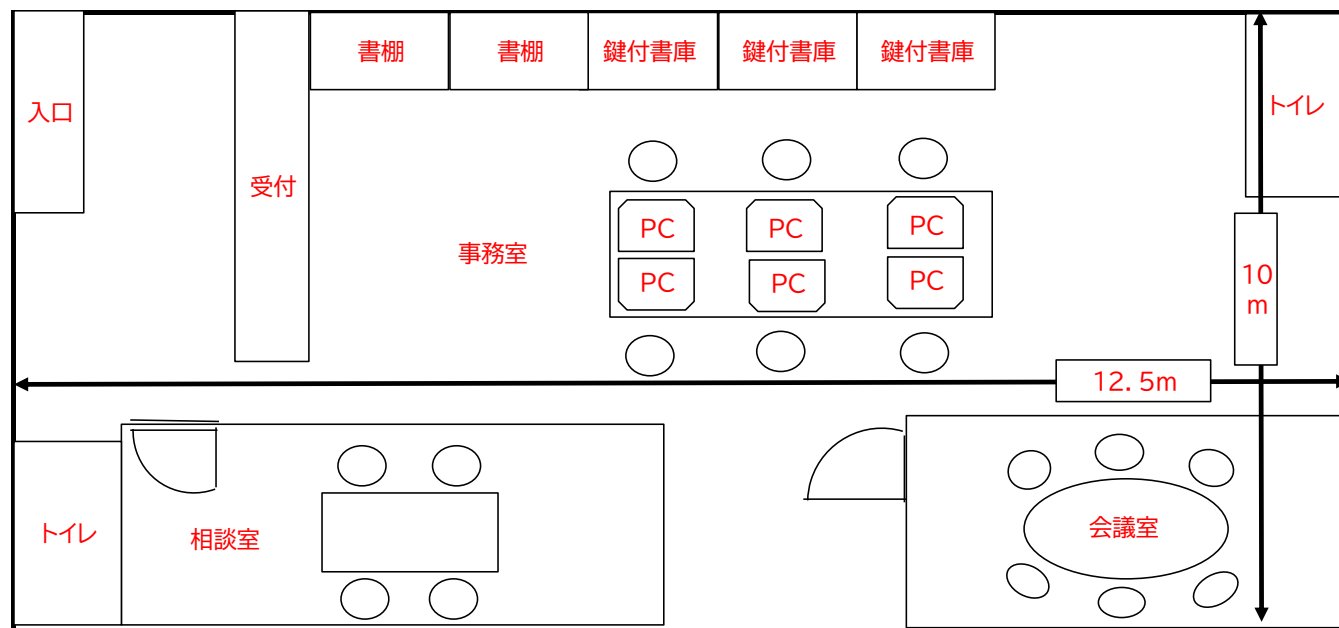
(例えば、常勤者は週に40時間勤務することとされた事業所であれば、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業員は常勤扱いとなります。)

- (7) 従業員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。**
- (8) 従業員の氏名を記入してください。
- (9) 申請する事業に係る従業員(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。  
※ 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。
- (10) 従業員ごとに、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時間数は、当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき勤務時間数を上限とします。
- (11) 従業員ごとに、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。
- (12) 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、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。  
その他社会福祉士等の職種を有している場合は、その資格を記載し、必要に応じて、資格証の写しを添付すること。  
その他、特記事項欄としてもご活用ください。
- (13) 【任意入力】 常勤換算による配置が求められる職種について、各欄に該当する数字を入力し、常勤換算後の人数を算出してください。  
○ 常勤換算方法とは、非常勤の従業員について「事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業員の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業員については常勤換算方法によらず、実人数で計算する。  
したがって、勤務形態「A:常勤で専従」及び「B:常勤で兼務」については、実態に応じて「常勤換算の対象時間数」及び「常勤換算方法対象外の常勤の従業員の人数」を確認し、手入力すること。  
○ 職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、常勤の従業員が勤務すべき時間数を満たしたものと、1(常勤)として取り扱うことが可能です。この場合、勤務形態の記号は「A」または「B」とし、人員基準の確認の表においては、「常勤換算方法対象外の常勤の従業員の人数」の欄に1(人)として入力してください。また、「(11)兼務状況等」の欄に「短時間勤務制度利用」と記入してください。

(参考様式3)  
平面図

事業所・施設の名称 ○○○○高齢者支援センター

【 記 載 例 】



**【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。  
例)8.7m×9.1m=79.17㎡

- 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。



【 記 載 例 】

誓 約 書

2023 年 4 月 1 日

町田 市(町・村)長 殿

申請者 (名称)

社会福祉法人●●●●

法人名

(代表者の職名・氏名)

理事長 町田 太郎

法人代表者名

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

記

(介護保険法第115条の22第2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、第百十五条の二十四第一項の市町村の条例で定める基準及び同項の市町村の条例で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第百十五条の二十四第二項に規定する指定介護予防支援に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準又は指定介護予防支援の事業の運営に関する基準に従って適正な介護予防支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 三の二 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。
- 四 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。
- 四の二 申請者が、労働に関する法律の規定であつ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。
- 四の三 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。
- 五 申請者が、第百十五条の二十九の規定により指定を取り消され、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つた日前六十日以内に当該法人の役員等であつ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、当該通知があつた日前六十日以内に当該事業所の管理者であつ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、指定介護予防支援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つた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防支援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介護予防支援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。
- 五の二 申請者と密接な関係を有する者が、第百十五条の二十九の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防支援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つた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防支援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介護予防支援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 申請者が、第百十五条の二十九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つ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百十五条の二十五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。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

- 六の二 申請者が、第百十五条の二十七第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第百十五条の二十九の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより市町村長が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第百十五条の二十五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。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 六の三 第六号に規定する期間内に第百十五条の二十五第二項の規定による事業の廃止の届出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。）の役員等又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で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 七 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。
- 八 申請者が、法人で、その役員等のうちに第三号の二から第五号まで又は第六号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 九 申請者が、法人でない事業所で、その管理者が第三号の二から第五号まで又は第六号から第七号までのいずれかに該当する者であるとき。

**【 記 載 例 】**

(参考様式7)

**当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧**

フリガナ 氏 名	介護支援専門員番号
マチダ ハナコ 町田 花子	*****
モリノ タロウ 森野 太郎	*****