

【 記 載 例 】

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所

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 町田 市 区 ***** 府 県 町 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 町田 市 区 ***** 府 県 町 村					
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に <input checked="" type="checkbox"/>						
指 定 事 業 受 け の よ う 類 と す る	同一所在地において行う事業等の種類	指定申請対象事業等 (該当事業に○)	既に指定(登録)を受けている事業等 (該当事業に○)	指定申請をする事業等の開始予定年月日	様式	
	介護予防訪問介護相当サービス	○		2023年4月1日	付表1	
	緩和した基準による訪問型サービス(定率)	○		2023年4月1日		
	緩和した基準による訪問型サービス(定額)				付表2	
	介護予防通所介護相当サービス					
	緩和した基準による通所型サービス(定率)					
	緩和した基準による通所型サービス(定額)					
既に指定(登録)を受けている事業所の種類(該当に○)	訪問介護		/			
	基準該当訪問介護					
	通所介護					
	基準該当通所介護					
	地域密着型通所介護					
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)					
指定を受けている他市町村名						
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)					

備考

- 1 「指定申請対象事業等」「既に指定(登録)を受けている事業等」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 2 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。
- 3 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	デイサービス▽△▽△									
		所在地	東京都町田市*****									
サービスの種類		介護予防訪問介護相当サービス・緩和した基準による訪問型サービス (定率)										
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										
	事業所の名称	(変更前)										
	事業所の所在地											
	申請者の名称											
	主たる事務所の所在地	管理者の変更 町田 太郎										
	法人等の種類											
	代表者の氏名、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。)											
	事業所の建物の構造及び平面図並びに設備の概要	(変更後)										
	利用者の推定数、利用者の定員											
○	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所	管理者の変更 東京 次郎										
	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴											
	運営規程											
	その他											

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 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。
 3 「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 7 * * * * * *
再開した事業所	名称	デイサービス▽△▽△
	所在地	東京都町田市*****
サービスの種類	介護予防訪問介護相当サービス 緩和した基準による訪問型サービス (定率)	
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 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。

廃止(休止)する事業所	介護保険事業所番号 1 3 7 * * * * * * * *
	名称 デイサービス▽△▽△
	所在地 東京都町田市*****
サービスの種類	介護予防訪問介護相当サービス・緩和した基準による訪問型サービス (定率)
廃止・休止の別	廃止 ・ 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 】

指定更新申請書

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	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 町田 市 区 ***** 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号	042-***-**** (内線) ****	FAX番号 042-***-****
		Email	*****@****.jp	
代 表 者	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ マチダ タロウ 氏 名 町田 太郎	生年月日 19**年**月**日
	代表者の住所	(郵便番号 *** - ****) 東京 都 道 町田 市 区 ***** 府 県 町 村		
事 業 所	事業等の種類	介護予防訪問介護相当サービス・緩和した基準による訪問型サービス (定率)	介護保険事業所番号	1 3 7 * * * * * * * *
	指定有効期間満了日	2023年5月31日		
	フリガナ	デイサービス▽△▽△		
	名称	デイサービス▽△▽△		
	所在地	(郵便番号 194 - 8520) 東京 都 道 町田 市 区 ***** 府 県 町 村		
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				
管 理 者	フリガナ	マチダ ジロウ		生年月日
	氏名	町田 二郎		****年**月**日
	住所	(郵便番号 194 - ****) 東京 都 道 町田 市 区 ***** 府 県 町 村 △△△△マンション 999号室		

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5)

【 記 載 例 】

付表1 訪問型サービス事業所の指定に係る記載事項

サービス種類(該当に○)		介護予防訪問介護相当サービス	○	緩和した基準による訪問型サービス	定率	○
					定額	
事業所	フリガナ	デイサービス▽△▽△				
	名称	デイサービス▽△▽△				
	所在地	(郵便番号 *** - ****) 東京 都 道 町田 市 区 町村				
	連絡先	電話番号	042-***-**** (内線) ****	FAX番号	042-***-****	
		Email	*****@****.jp			
管理者	フリガナ	マチダ ジロウ		住所	(郵便番号 194 - ****)	
	氏名	町田 二郎			東京都町田市*****	
	生年月日	****年**月**日			△△△△マンション 999号室	
	訪問介護員等との兼務の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		名称			
		兼務する職種及び勤務時間等				
○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		訪問介護員等				
				専 従	兼 務	
		常 勤(人)		0 0	0 0	
		非常勤(人)		0 0	0 0	
常勤換算後の人数(人)		0 0.0				
利用者の推定数(人)		0 0				
サービス提供責任者 ※介護予防訪問介護相当サービス該当時	フリガナ	○○ ●●		住所	(郵便番号 *** - ****)	
	氏名	○○ ●●			○○○○○○○○○○	
	フリガナ	◇◇ ◆◆		住所	(郵便番号 *** - ****)	
	氏名	◇◇ ◆◆			◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇	
添付書類		別添のとおり				

【注意】
町田市では「緩和した基準による訪問型サービス(定額)」は設定していませんので、注意してください。

サービス提供責任者の人数が多い場合は、「(参考)記入欄不足時の資料」へ追加して記入してください。

(訪問型サービス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					
	<p style="color: red; font-weight: bold;">サービス種別の読み替えについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国基準型指定第1号訪問事業＝介護予防訪問介護相当サービス ・市基準型指定第1号訪問事業＝緩和した基準による訪問型サービス(定率) 					
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号	
		Email				

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 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。

【 記載例 & 注意事項 】

(別添)

付表1 訪問型サービス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	<p>【!!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。</p>
3	サービス提供責任者の経歴 ※介護予防訪問介護相当サービス		<input type="checkbox"/> 添付	<input checked="" type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input checked="" type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input checked="" type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	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4	<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5	<input type="checkbox"/> 添付	<input checked="" type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類(指定権者が不要と認めた書類を除く)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。

※3 3「サービス提供責任者の経歴」は、次の書類に代えることが可能です(通知「指定訪問介護事業者の指定申請等におけるサービス提供責任者の経歴に係る提出書類の取扱いについて」(平成20年7月29日老振発第0729002号))。
(1) 介護福祉士の場合、「介護福祉士登録証」
(2) 介護職員基礎研修課程修了者及び訪問介護に関する1級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」
(3) 訪問介護に関する2級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」及び「3年以上介護等の業務に従事したことがわかる書類」

提出者(問合先)

事業所名	デイサービス▽△▽△
担当者名	町田 二郎
電話	042-***-****
メールアドレス	*****@*****.jp

【 記 載 例 】

(別紙)付表1 緩和した基準による訪問型サービス事業所の訪問事業責任者の資料

■訪問事業責任者

訪問事業責任者 ※緩和した基準による 訪問型サービス該当時	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
氏名				

サービス提供責任者と兼務の方も記入してください。

A3の指定を受けている事業所＝「緩和した基準による訪問型サービス(定率)」に○をつけた事業所は、この追加資料を提出すること。

【記載】

令和 4 (2022) 年 4 月

サービス種別 (介護予防訪問介護相当サービス・緩和した基準による訪問型サービス (一休型))
 事業所名 (◇◇◇◇)

(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
 当月の日数 30 日

No	(4) 職種	(5) 勤務形態	(6) 資格	(7) 氏名	(8)																												(9)1~4週目の勤務時間数合計	(10) 週平均勤務時間数	(11) 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 金	2 土	3 日	4 月	5 火	6 水	7 木	8 金	9 土	10 日	11 月	12 火	13 水	14 木	15 金	16 土	17 日	18 月	19 火	20 水	21 木	22 金	23 土	24 日	25 月	26 火	27 水	28 木					
1	訪問介護員	C	まちいきヘルパー	〇〇 〇〇	4	4	4			4	4	4			4	4	4	4			4	4	4	4			4	4			64	16					
2	訪問介護員	C	まちいきヘルパー	〇〇 〇〇	4	4	4			4	4	4			4	4	4	4			4	4	4	4			4	4			60	15					
3																														0	0						
4																														0	0						
5																														0	0						
6																														0	0						
7																														0	0						
8																														0	0						
9																														0	0						
10																														0	0						
11																														0	0						
12																														0	0						
13																														0	0						
14																														0	0						
15																														0	0						
16																														0	0						
17																														0	0						
18																														0	0						

【 記 載 例 】

＜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 (訪問介護)

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) 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	サービス提供責任者
3	訪問事業責任者
4	訪問介護員

※サービス提供責任者は介護訪問員から選任しますが、この場合は「サービス提供責任者」として1行にまとめて記入してください。

- (5) 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(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。)

- (6) 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。
- (7) 従業者の氏名を記入してください。
- (8) 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。
※ 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。
- (9) 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。
- (10) 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。
- (11) 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、特記事項欄としてもご活用ください。
- (12) 前3か月の利用者数をそれぞれの欄に入力してください。新規または再開の場合は、推定数とします。
当該指定訪問介護事業所が提供する指定訪問介護のうち、通院等乗降介助に該当するもののみを利用した者の当該月における利用者の数については、0.1人として計算しサービス提供責任者と訪問事業責任者が完全に一致する場合は、要支援等は訪問型サービスAの利用者数を含むこと。
- (13) 【任意入力】訪問介護員について、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、非常勤の従業者について「事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者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者の人数」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、常勤の従業者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者の人数」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。

【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。

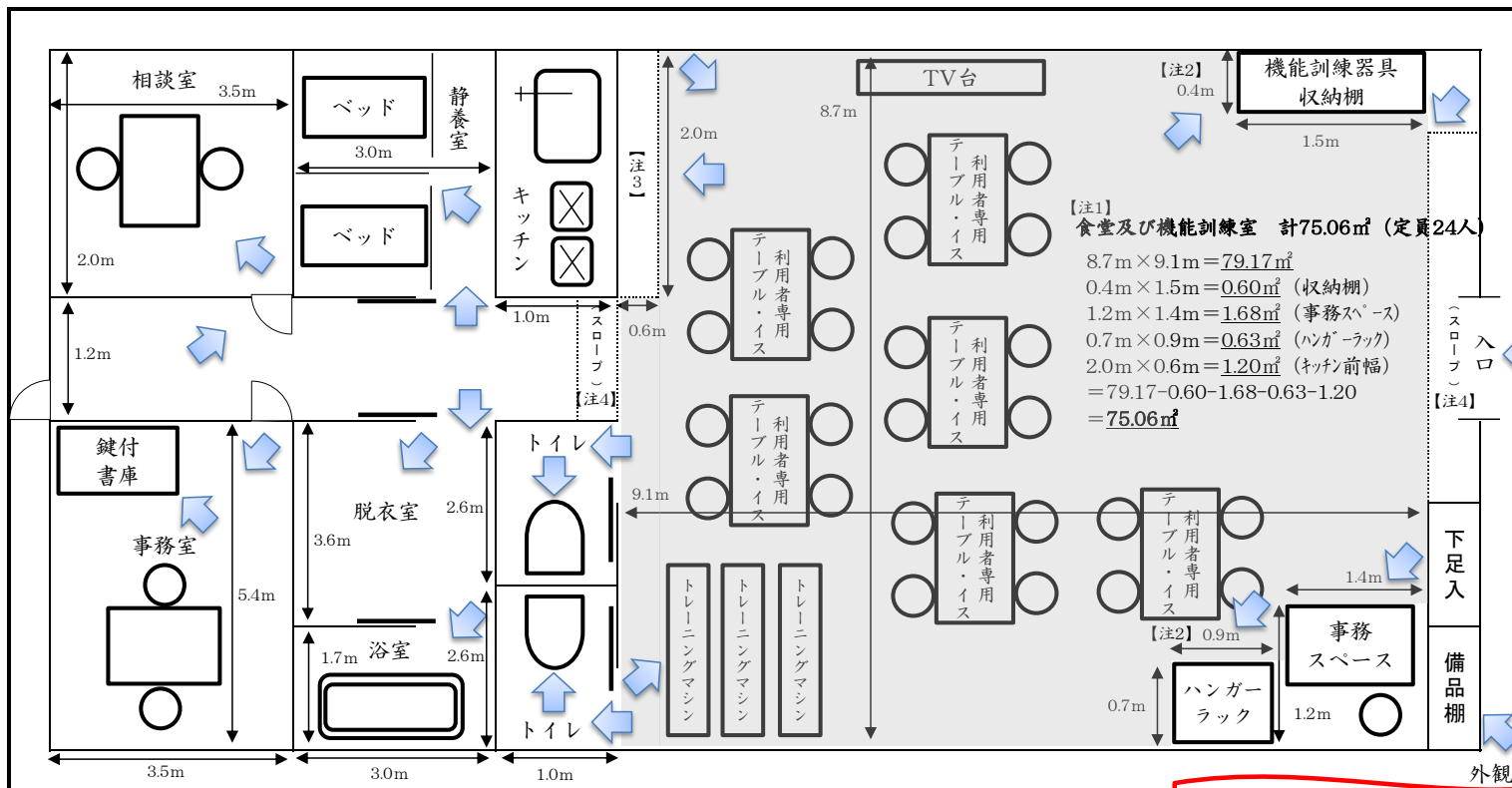
(参考様式2)

平面図

事業所・施設の名称	デイサービスC
-----------	---------

【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。

【注1】
 食堂及び機能訓練室 計75.06㎡ (定員24人)
 $8.7\text{m} \times 9.1\text{m} = 79.17\text{m}^2$
 $0.4\text{m} \times 1.5\text{m} = 0.60\text{m}^2$ (収納棚)
 $1.2\text{m} \times 1.4\text{m} = 1.68\text{m}^2$ (事務スペース)
 $0.7\text{m} \times 0.9\text{m} = 0.63\text{m}^2$ (ハンガーラック)
 $2.0\text{m} \times 0.6\text{m} = 1.20\text{m}^2$ (キッチン前幅)
 $= 79.17 - 0.60 - 1.68 - 0.63 - 1.20$
 $= 75.06\text{m}^2$

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

【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。

(参考様式4)

【 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	介護予防訪問介護相当サービス
申請するサービス種類	ヘルパーステーション▼▼▼▼

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応策を協議する。 ③ご利用者様に対応策をご説明し、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5)

【 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、介護保険法第115条の45の5第2項に規定する厚生労働省令で定める基準(平成11年厚生省令第36号 介護保険法施行規則第140条の63の6)に従って適正に第一号事業を行うことができないと認められるものに該当しないことを誓います。

記

【介護保険法施行規則第140条の63の6】

(法第115条の45の5第2項の厚生労働省令で定める基準)

法第115条の45の5第2項に規定する厚生労働省令で定める基準は、市町村が定める基準であって、次のいずれかに該当するものとする。

- 一 第一号事業(第一号生活支援事業を除く。)に係る基準として、次に掲げるいずれかに該当する基準
イ 介護保険法施行規則等の一部を改正する省令(平成27年厚生労働省令第4号)附則第2条第3号若しくは第4条第3号の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等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(平成18年厚生労働省令第35号。ロにおいて「旧指定介護予防サービス等基準」という。)に規定する旧介護予防訪問介護若しくは旧介護予防通所介護に係る基準の例による基準又は指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等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(平成18年厚生労働省令第37号。ロにおいて「指定介護予防支援等基準」という。)に規定する介護予防支援に係る基準の例による基準
- ロ 旧指定介護予防サービス等基準に規定する基準該当介護予防サービス(旧介護予防訪問介護及び旧介護予防通所介護に係るものに限る。)に係る基準又は指定介護予防支援等基準に規定する基準該当介護予防支援に係る基準の例による基準
- ハ 平成26年改正前法第54条第1項第3号又は法第59条第1項第2号に規定する離島その他の地域であつて厚生労働大臣が定める基準に該当するものに住所を有する居宅要支援被保険者等が、平成26年改正前法第54条第1項第3号又は法第59条第1項第2号に規定するサービスを受けた場合における当該サービスの内容を勘案した基準
- ニ 第一号事業に係る基準として、当該第一号事業に係るサービスの内容等を勘案した基準(前号に掲げるものを除く。)

その他

申請者は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。

- 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。
- 暴力団を使用し、又は暴力団員等を雇用していないこと。

【 記 載 例 】

受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

令和 5 年 4 月 1 日

市町村長 殿

所在地 東京都町田市*****

名 称 株式会社〇〇〇〇

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名 称	カブシキカイシャ〇〇〇〇 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 町 田 市 ***** (ビルの場合)				
	連絡先 法人の種別	電話番号	042-***-****	FAX番号	042-***-****	
	代表者の職・氏名	職名	株式会社	法人所轄庁	氏名	町田 太郎
事業所・施設の状況	代表者の住所	(郵便番号 *** - ****) 東 京 都 町 田 市 *****				
	フリガナ 事業所・施設の名称	ダイサービス▽△▽△ ダイサービス▽△▽△				
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 194 - 8520) 東 京 都 町 田 市 *****				
	連絡先	電話番号	042-724-****	FAX番号	042-724-****	
届出を行う事業所・施設の種類の種類	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	(郵便番号 -) 県 群市				
	連絡先 管理者の氏名	電話番号				
	管理者の住所	森野 花子 (郵便番号 *** - ****) 東 京 都 町 田 市 森野*-** *****				
届出を行う事業所・施設の種類の種類	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(許可)年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目(※変更の場合)
	訪問型サービス(独自)	○	2019/4/1	<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	2023/4/1	
	訪問型サービス(独自・定率)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問型サービス(独自・定額)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所型サービス(独自)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所型サービス(独自・定率)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所型サービス(独自・定額)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
特記事項	介護保険事業所番号		変更前		変更後	
関係書類	別添のとおり					

「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」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、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。
- 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字の横の□
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1-4)「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
- 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。
- 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。

(別紙1-4)

【記載例】

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表

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	
□ A2 訪問型サービス(独自) 国基準型指定第1号訪問事業	【注意】 変更の申請時でも各チェックは行ってください。 ※変更した箇所みのチェックはNGです。		特別地域加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり		<input type="checkbox"/> 1 なし	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	
			中山間地域等における小規模事業所加算(地域に関する状況)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当		<input checked="" type="checkbox"/> 2 あり	<input type="checkbox"/> 2 あり	
			中山間地域等における小規模事業所加算(規模に関する状況)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当				
			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			
□ A3 市基準型指定第1号訪問事業 (一体型)			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				
			介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 6 加算I	<input type="checkbox"/> 5 加算II	<input type="checkbox"/> 2 加算III	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 1 なし
			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 type="checkbox"/> 3 加算II		<input type="checkbox"/> 2 あり	<input type="checkbox"/> 2 あり
			介護職員等ベースアップ等支援加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				

備考 1 「割引」を「あり」と記載する場合は「介護予防・日常生活支援総合事業者による事業費の割引に係る割引率の設定について」(別紙37)を添付してください。

2 「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38)を添付してください。