

【 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 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 *** - ****) 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"/>							
指定事業を受けようとする種類	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)						
	介護予防通所介護相当サービス				付表2		
	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		
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		
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っては、従業者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。

	介護保険事業所番号 1 3 7 * * * * * * * * *
廃止(休止)する事業所	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)
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-***-****
代表者の職名・氏名・生年月日	Email	*****@*****.jp		
	職名	代表取締役	フリガナ マチダ タロウ	生年月日
	氏名	町田 太郎	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	ダイサービス▽△▽△		
	名称	ダイサービス▽△▽△		
	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		
	氏名	町田 二郎	生年月日	****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。

【 記 載 例 】

付表2 通所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	○				
				定額					
事業所	フリガナ	ダイサービス▲▲▲▲▲							
	名称	ダイサービス▲▲▲▲▲							
	所在地	(郵便番号 *** - ****) 東京 都 道府県 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	(郵便番号 194 - ****)						
	氏名	町田 二郎	住所	東京都町田市*****					
	生年月日	****年**月**日		△△△△マンション 999号室					
	同	サービス種別の読み替えについて ・国基準型指定第1号通所事業＝介護予防通所介護相当サービス ・市基準型指定第1号通所事業＝緩和した基準による通所型サービス (定率)							
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積		0.00 m ²		利用定員 (同時利用)					
				00 人					
サービス提供単位1	○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	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤 (人)	00	00	00	00	00	00	00	00
	非常勤 (人)	00	00	00	00	00	00	00	00
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			○	○	○	○	○		○
	営業時間		8 : 30 ~ 17 : 30						
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:						
土曜日		:							
日曜日・祝日	9 : 00	~		16 : 30					
	サービス提供時間		9 : 00 ~ 16 : 30						
利用定員		00 人							
サービス提供単位2	○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	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤 (人)								
	非常勤 (人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日		
	営業時間		:						
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:						
土曜日		:							
日曜日・祝日	:		~		:				
	サービス提供時間		:						
利用定員		人							
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。

サービス提供単位が多い場合は、「(参考)記入欄不足時の資料」へ追加して記入してください。

(通所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								
	所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村							
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号			
		Email							
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡		利用定員 (同時利用)			人		
サービス提供単位1	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他 (年未年始休日等)							
	営業時間		:		~		:		
	曜日ごと に 異なる場	平日	:		~		:		
		土曜日	:		~		:		
	異なる場	日曜日・祝	:		~		:		
	サービス提供時間		:		~		:		
	利用定員		人						
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
サービス提供単位2	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他 (年未年始休日等)							
	営業時間		:		~		:		
	曜日ごと に 異なる場	平日	:		~		:		
		土曜日	:		~		:		
	異なる場	日曜日・祝	:		~		:		
	サービス提供時間		:		~		:		
	利用定員		人						
	添付書類		平面図						

- 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 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
- 4 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2 通所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	<div style="border: 1px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; color: red; font-weight: bold;"> 【!!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。 </div>
3	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input checked="" type="checkbox"/> 添付省略	
4	設備等一覧表	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input checked="" type="checkbox"/> 添付省略	
5	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input checked="" 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。

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】

【 記 載 例 】

(1) 4週
(2) 予定
(3)事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数 40 時間/週 160 時間/月
当月の日数 30 日
(4) 事業所全体のサービス提供単位数 1 単位
1 単位目
(5) 当該サービス提供単位のサービス提供時間 9:30 ~ 16:30 (計 7 時間)

Table with columns for No, (6) 職種, (7) 勤務形態, (8) 資格, (9) 氏名, (10) 勤務時間表 (1週目 to 5週目), (11) 1~4週目の勤務時間合計, (12) 週平均勤務時間数, (13) 兼務状況. Includes a large yellow starburst note: 【注意！】提出時には「シフト記号表」も合わせて提出してください。 and a red box note: 看護職員の連携がある場合は「連携先の名称」を必ず記載してください。

《要提出》

■シフト記号表（勤務時間帯）

※24時間表記 休憩時間1時間は「1:00」、休憩時間45分は「00:45」と入力してください。

No	記号	勤務時間			サービス提供時間		サービス提供時間内の勤務時間			自由記載欄	
		始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間	勤務時間	開始時刻	終了時刻	開始時刻	終了時刻		勤務時間
1	a	8:30	9:00	0:00	0.5	9:00	12:00	9:00	9:00	0	
2	b	9:00	12:00	0:00	3	9:00	12:00	9:00	12:00	3	
3	c	13:00	13:30	0:00	0.5	13:30	16:30	13:30	13:30	0	
4	d	13:30	16:30	0:00	3	13:30	16:30	13:30	16:30	3	
5	e			0:00	0			0:00	0:00	0	
6	f			0:00	0			0:00	0:00	0	
7	g			0:00	0			0:00	0:00	0	
8	h			0:00	0			0:00	0:00	0	
9	i			0:00	0			0:00	0:00	0	
10	j			0:00	0			0:00	0:00	0	
11	k			0:00	0			0:00	0:00	0	
12	l			0:00	0			0:00	0:00	0	
13	m			0:00	0			0:00	0:00	0	
14	n			0:00	0			0:00	0:00	0	
15	o			0:00	0			0:00	0:00	0	
16	p			0:00	0			0:00	0:00	0	
17	q			0:00	0			0:00	0:00	0	
18	r			0:00	0			0:00	0:00	0	
19	s			0:00	0			0:00	0:00	0	
20	t			0:00	0			0:00	0:00	0	
21	u				1					1	
22	v				2					2	
23	w				3					3	
24	x				4					4	
25	y				4					3	8:30~10:00、16:00~17:30
26	z				5					5	
27	休				0					0	休日
28	-										
29	-										
30	-										

【 記 載 例 】

- ・職種ごとの勤務時間を「○：○○～○：○○」と表記することが困難な場合は、No21～30を活用し、勤務時間数のみを入力してください。
- ・No1～20は始業時刻・終業時刻・休憩時間等を入力すると勤務時間数が計算されますが、入力補助を目的とするものですので、結果に誤りがないかご確認ください。
- ・シフト記号が足りない場合は、適宜、行を追加してください。
- ・シフト記号は、適宜、使いやすい記号に変更していただいて構いません。
- ・介護予防通所介護相当サービスにおける「確保すべき従業者の勤務延時間数」には、「最低限確保すべきとされている程度の休憩時間は含めて差し支えない」としており、「サービス提供時間内の勤務時間」の計算にあたってその休憩時間を差し引く必要はないのでご注意ください。（上記「U」列）

平成24年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）（平成24年3月16日）
 問63 通所介護において、確保すべき従業者の勤務延時間数は、実労働時間しか算入できないのか。休憩時間はどのように取扱うのか。
 （答）労働基準法第34条において最低限確保すべきとされている程度の休憩時間については、確保すべき勤務延時間数に含めて差し支えない。ただし、その場合においても、居宅基準第93条第3項を満たす必要があることから、介護職員全員が同一時間帯に一齐に休憩を取ることがないようにすること。また、介護職員が常時1名しか配置されていない事業所については、当該職員が休憩を取る時間帯に、介護職員以外で利用者に対して直接ケアを行う職員（居宅基準第93条第1項第1号の生活相談員又は同項第2号の看護職員）が配置されていれば、居宅基準第93条第3項の規定を満たすものとして取り扱って差し支えない。
 このような取扱いは、通常の常勤換算方法とは異なりサービス提供時間内において必要な労働力を確保しつつピークタイムに手厚く配置することを可能とするなど、交代で休憩を取得したとしても必ずしもサービスの質の低下には繋がらないと考えられる通所介護（療養通所介護は除く）に限って認められるものである。
 なお、管理者は従業者の雇用管理を一元的に行うものとされていることから、休憩時間の取得等について労働関係法規を遵守すること。認知症対応型通所介護についても同様の考え方とする。

<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 (通所型サービス)

- ・・・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) 事業所全体のサービス提供単位数及び、本シートに記入する単位目を入力してください。
- (5) 当該サービス提供単位のサービス提供時間を入力してください。(送迎時間は含まれません。)
- (6) 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	生活相談員
3	看護職員
4	介護職員
5	機能訓練指導員

- (7) 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時間勤務する従業者は常勤扱いとなります。)

- (8) 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。
- (9) 従業者の氏名を記入してください。
- (10) 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。(別シートの「シフト記号表」を作成し、シフト記号を選択してください。)
※ 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。
- (11) 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勤務時間数は、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。
- (12) 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。
- (13) 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・施設の名称及び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。
- (14) 介護予防通所介護相当サービスの場合の生活相談員がサービス提供時間内に勤務する時間数の合計(勤務延時間数)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。
- (15) 介護職員がサービス提供時間内に勤務する時間数の合計(勤務延時間数)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。
- (16) 利用者数は、単位ごとの利用者の実人数(予定の場合は定員数)を入力してください。
- (17) サービス提供時間(平均提供時間)を入力してください。(平均提供時間=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)
- (18) 介護予防通所介護相当サービスの場合の確保すべき介護職員の勤務時間数が自動計算されます。(15)(16)を入力しないと計算されません。)

(参考)

- (19) 1日の職種別人員内訳が自動カウントされますので、誤りがないか確認してください。職種を追加したい場合は、機能訓練指導員の下に1種追加可能です。
(追加した職種の人員内訳を自動計算させるためには、職種名称は(5)職種と一致させる必要があります。)

【留意事項】

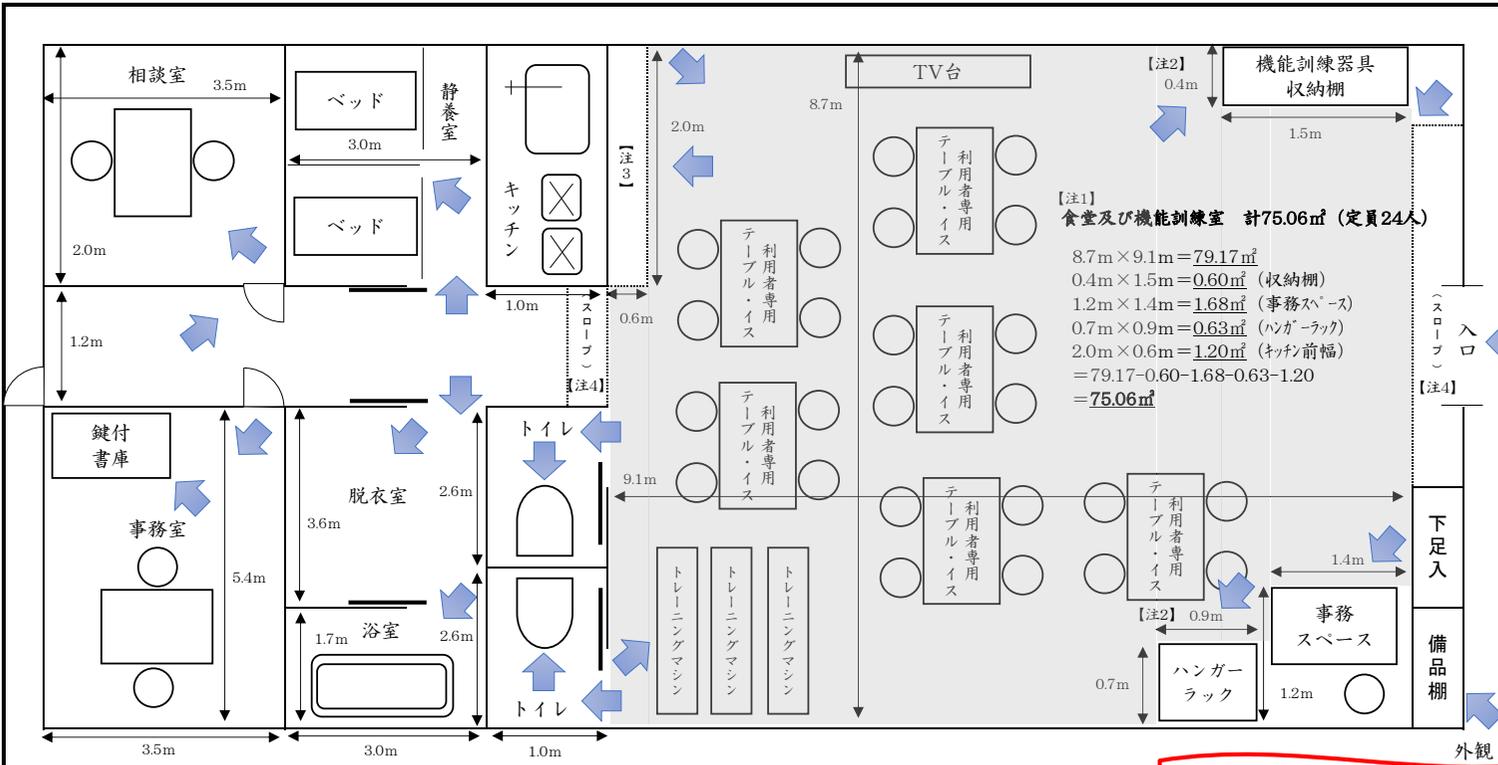
- ・初期設定では、誤入力防止のため「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のシートに保護がかかっていますので、行の追加・削除等を行う場合は「シートの保護」を解除してください。
(「校閲」⇒「シート保護の解除」をクリック。PWは設定していません。再度、シートを保護する場合は、「シートの保護」⇒「OK」をクリック。)
- ・従業者の入力行が足りない場合は、適宜、行を追加してください。その際、計算式及びプルダウンの設定に支障をきたさないよう留意してください。
- ・「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」(参考様式)には計算式を設定していますが、入力の補助を目的とするものですので、結果については作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。

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

【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。

【 記 載 例 】

(参考様式3)
設備等一覧表

サービス種類 (介護予防通所介護相当サービス)
事業所名 (デイサービス▲▲▲▲▲)

付表や平面図で確認できる項目以外について記載してください。
足りない項目等あれば追加してください。

チェック欄	設備の種類	設備基準上適合すべき項目
○	(例) 消火設備その他非常災害に際して必要な設備	スプリンクラー・消火器・非常食
○	事務室・相談室	机・イス・鍵付書庫
○	感染予防設備	手指洗浄場所
○	生活設備	手すり・補助具付トイレ・浴室・キッチン・食堂(机・イス)・下駄箱・利用者用収納
○	サービス設備	機能訓練用具一式・静養室用ベット
○	送迎設備	車・駐車場
○	電子機器設備	電話・FAX・コピー機・PC

注意!

こちらに記載してある項目については一般的に必要なと思われる項目をあげてあります。
項目については内容を精査していただき、追加や削除を行ってください。

- 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、付表及び平面図で確認できる項目以外の事項について記載してください。
 - 2 「設備の種類」及び「設備基準上適合すべき項目」については、予め指定権者が、サービス毎に確認すべき内容を本様式に記載し、申請者が「チェック欄」を記入して提出する形とすることを推奨します。

(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	アイサービス▲▲▲▲▲
申請するサービス種類	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)

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】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
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

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っ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***** (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	042-***-****	FAX番号	042-***-****	
	法人の種別	株式会社	法人所轄庁			
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役	氏名	町田 太郎	
	代表者の住所	(郵便番号 *** - ****) 東京都町田市*****				
事業所・施設 の状況	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-****	
	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	電話番号		F		
	管理者の氏名	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	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)			<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)	○	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	
	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		指定更新の場合は空白にしてください。	
介護保険事業所番号	変更前			変更後		
特記事項	介護職員処遇改善加算Ⅱ			介護職員処遇改善加算Ⅰ		
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」「社団法人」「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。

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

【記載例】

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	
□ A6 通所型サービス（独自） 国基準型指定第1号通所事業			職員の欠員による減算の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 看護職員	<input type="checkbox"/> 3 介護職員	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし
			若年性認知症利用者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり		<input checked="" type="checkbox"/> 2 あり	<input type="checkbox"/> 2 あり
			生活機能向上グループ活動加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり			
			運動器機能向上体制	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり			
			栄養アセスメント・栄養改善体制	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり			
			口腔機能向上加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり			
			選択的サービス複数実施加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり			
			事業所評価加算〔申出〕の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり			
			サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ	<input type="checkbox"/> 6 加算Ⅲ	
			生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ		
			科学的介護推進体制加算	<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 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		
			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			
			□ A7 市基準型指定第1号通所事業 （一体型）			職員の欠員による減算の状況	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 看護職員
生活機能向上グループ活動加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり					<input type="checkbox"/> 2 あり	<input type="checkbox"/> 2 あり
運動器機能向上体制	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり						
栄養アセスメント・栄養改善体制	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり						
口腔機能向上加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり						
選択的サービス複数実施加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり						
事業所評価加算〔申出〕の有無	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり						
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ				<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ		
科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input 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	
□ A7 市基準型指定第1号通所事業 （単独型）			職員の欠員による減算の状況	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり		<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 1 なし
			生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ		<input type="checkbox"/> 2 あり	<input type="checkbox"/> 2 あり
			科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり			

【注意】
変更の申請時でも各チェックは行ってください。
※変更した箇所のみチェックはNGです。

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。