

指定申請に係る添付書類一覧（（介護予防）認知症対応型共同生活介護）

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（別紙様式第二号(二)）を使用してください。	別紙様式第二号(一) (別紙様式第二号(二))	◇	◇		
	認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定等に係る記載事項	付表第二号(七)	◇	◇		
	認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定等に係る記載事項 記入欄不足時の資料	(参考)付表第二号(七)	◇	◇		
	認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定に係る記載事項 添付書類・チェックリスト	(別添)付表第二号(七)	◇	◇		
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	標準様式 1	○	☆		
	資格証の写し	—	○	※		
3	管理者の経歴	標準様式 2	○	※		
4	事業所の平面図・建築図面	標準様式 3	○	※		
	外観及び内部の様子が分かる写真	—	○	※		
5	設備等一覧表	標準様式 4	○	※		
6	運営規程（料金表含む）	—	○	※		
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	標準様式 5	○	※		
8	協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容	—	○	※		
9	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連絡体制及び支援の体制の概要	—	○	※		
10	誓約書	標準様式 6	○	○		
11	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	標準様式 7	○	○		
12	町田市暴力団排除条例に基づく誓約承諾書	町田市誓約書	○	○		
13	<地域密着型サービス費の請求に関する事項>					
	介護給付費算定に係る体制等に関する進達書	別紙 3 - 2	○	○		
	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	別紙 1 - 3	○	○		
	各種加算添付書類	各種様式	○1	○1		

◇ 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。詳細は付表別添を参照してください。

☆ 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。

○1 「介護給付費算定に係る体制等に関する進達書添付書類一覧」を参考に、必要書類を提出してください。

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していますか。	届出済 ・ 未届
【食事の提供について】 ・食事を提供する場合、保健所への集団給食の届出をしているか、または営業許可を受けていますか。	受けている ・ 受けていない (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 ・ 未加入
【老人福祉法の届出について】 地域密着型サービス又は第1号事業を行う場合は、老人福祉法（開始届・設置届）の届出が必要です。詳しくは東京都福祉保健局ホームページをご覧ください。 URL：https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/gyoumutodoke/rojin.html (トップページ>高齢者>介護保険>東京都介護サービス情報>地域密着型サービス>老人福祉法の届出)	届出済 ・ 届出予定
【業務管理体制に係る届出について】 業務管理体制に係る届出について提出が必要な場合があります。詳細は町田市ホームページをご確認ください。	届出済 ・ 届出予定 ・ 届出不要

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（別紙様式第二号(一)） 又は指定更新申請書（別紙様式第二号(二)） <u>☆電子申請の際は不要です。</u>	<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。
	認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定等に係る記載事項（付表第二号(七)） <u>☆電子申請の際は不要です。</u>	<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。
	認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定等に係る記載事項 記入欄不足時の資料 ((参考)付表第二号(七)) <u>☆電子申請の際は不要です。</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・付表第二号(七)にて協力医療機関の記載が足りない場合に使用してください。
	認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定に係る記載事項 添付書類・チェックリスト (付表第二号(七)別添) <u>☆電子申請の際は不要です。</u>	<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（新規の場合、紙での提出の際は原本をご用意ください。電子申請の際はPDF化での提出も可能です。）を添付してください。 ・目的に介護保険法に基づく地域密着型サービス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（標準様式1） ※標準様式1を使用する際は、 <u>勤務形態一覧表とシフト記号表</u> 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業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。 ・管理者や従業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備考欄にその旨を記載してください。 ・事業所が作成するシフト表で代替する場合は、<u>必要項目一覧</u>に該当するすべての要件を満たす場合のみとします。 <p>※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標準様式1での作成をお願いすることがあります。</p>
	資格証の写し	<ul style="list-style-type: none"> ・代表者については、「認知症対応型サービス事業開設者研修」の修了証の写しを添付してください。 ・管理者については、「認知症対応型サービス事業管理者研修」の修了証の写しを添付してください。 ・計画作成担当者については、 ○「認知症介護実践者研修」の修了証の写し ○介護支援専門員証（顔写真付き）の写し（有資格者のみ） 添付してください。 ・看護職員については、要件を満たす資格証の写しを添付してください。
3	管理者の経歴（標準様式2）	<ul style="list-style-type: none"> ・記入例を参照し、ご記入ください。

記 載 方 法		
番号	添 付 書 類	説 明
4	事業所の平面図・建築図面（標準様式3）	<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
	外観及び内部の様子が分かる写真 （町田市写真用台紙） ※別のエクセルやワードに張り付けての提出でも問題ありません。	全体的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。 <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） ・居室、居間 ・消火設備・非常災害に際して必要な設備 ・トイレ ・厨房 ・風呂、脱衣所等 ・手指洗浄場所
5	設備等一覧表（標準様式4）	<ul style="list-style-type: none"> ・記入例を参照し、ご記入ください。
6	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。 ・従業者の職種、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決めてください。 <ol style="list-style-type: none"> 1 事業の目的及び運営の方針 2 従業者の職種、員数及び職務の内容 3 利用定員 4 サービスの内容及び利用料その他の費用の額（自費分） 料金表を添付するなど、具体的に決めてください。 また、単位数表示だけでなく円単位で表示してください。 1割、2割及び3割負担の金額がわかるようにしてください。 5 入居に当たっての留意事項 6 非常災害対策 7 虐待の防止のための措置に関する事項 8 その他運営に関する重要事項
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 （標準様式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先を記載してください。
8	協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・契約内容がわかる書面の写しを添付してください。
9	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連絡体制及び支援の体制の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・協定書等の写しを添付してください。 ・任意の様式で連携体制及び支援体制の概要を添付してください。
10	誓約書（標準様式6） ※別紙も添付してください。	<ul style="list-style-type: none"> ・内容をご確認のうえ、事業者の名称・代表者の職名・氏名を記入してください。
11	介護支援専門員の氏名及びその登録番号（標準様式7）	<ul style="list-style-type: none"> ・記入例を参照し、ご記入ください。 ・計画作成担当者が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。
12	町田市暴力団排除条例に基づく誓約承諾書（町田市誓約書）	<ul style="list-style-type: none"> ・内容をご確認のうえ、事業者の名称・代表者の職名・氏名を記入してください。
13	<地域密着型サービス費の請求に関する事項>	
	介護給付費算定に係る体制等に関する進達書（別紙3-2）	<ul style="list-style-type: none"> ・「別紙3-2」及び「別紙1-3」は必ずご提出ください。
	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1-3） 各種加算添付書類	<ul style="list-style-type: none"> ・「介護給付費算定に係る体制等に関する進達書添付書類一覧」に記載のある加算を取得する場合は、加算ごとに必要書類を添付してください。

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

(※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。
- ・加算を適用する場合や、見守り機器等を導入した場合の夜間における人員配置基準の緩和を適用する場合などにおいては、上表に記載の項目以外の情報も必要となるので、指定基準・告示等を確認してください。