

【 記 載 例 】

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

指定申請書

2024 年 3 月 31 日

町田 市長殿

所在地 東京都町田市*****

「申請者」は法人の住所・名称等になります。

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	*****	欄外の記号を使用		
	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										
指定を受けようとする事業所の種類	代表者の職名	フリガナ	マチダ タロウ			生年月日	19***年**月**日					
	職名	代表取締役	氏 名	町田 太郎								
	(郵便番号 *** - ****)	東京	都	道	町田	市	区	*****				
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に☑ ☐												
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							付表第二号(二)			
		認知症対応型通所介護							付表第二号(四)(五)			
		小規模多機能型居宅介護							付表第二号(六)			
		認知症対応型共同生活介護					○	2024年6月1日	付表第二号(七)			
		地域密着型特定施設入居者生活介護							付表第二号(八)			
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護							付表第二号(九)			
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護							付表第二号(一)			
		複合型サービス							付表第二号(十)			
		地域密着型通所介護				☐			付表第二号(三)			
	居宅介護支援事業							付表第二号(十一)				
	介護予防支援事業							付表第二号(十二)				
	サ介護型サービス防	介護予防認知症対応型通所介護							付表第二号(四)(五)			
		介護予防小規模多機能型居宅介護							付表第二号(六)			
介護予防認知症対応型共同生活介護					○	2024年6月1日	付表第二号(七)					
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)						
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)						

【 記 載 例 】

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

指定更新申請書

2024 年 3 月 31 日

町田 市長殿

所在地 東京都町田市*****

「申請者」は法人の住所・
名称等になります。

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。

		法人番号		*****											
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												
事業所	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													
事業所	事業等の種類	認知症対応型共同生活介護/ 介護予防認知症対応型共同生活介護				介護保険事業所番号	139*****								
	指定有効期間満了日	2023年5月31日													
	フリガナ	グループホーム〇〇〇〇〇													
	名称	グループホーム〇〇〇〇〇													
	所在地	(郵便番号 194 - 8520) 東京 都 道 町田 市 区 ***** 府 県 町 村													
管理者	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														
	名称														
管理者	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村													
	フリガナ	マチダ ジロウ				生年月日	****年**月**日								
	氏名	町田 二郎													
管理者	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
- 「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
 - 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
 - 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。
 - 「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 】

廃止・休止届出書

2024 年 4 月 30 日

町田 市長殿

所在地 東京都町田市*****

「申請者」は法人の住所・
名称等になります。

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 9 * * * * * * * *
	法人番号	* * * * * * * * * *
廃止(休止)する事業所	名称	定期巡回〇〇〇〇
	所在地	東京都町田市*****
サービスの種類	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止	
廃止・休止する年月日	2024 年 5 月 31 日	
廃止・休止する理由	例 事業所の統廃合のため	
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置	例〇〇事業所への移行 . . . 5人 ▽▽事業所への移行 . . . 3人 移行なし(サービス終了) . . . 1人 未定 . . . 〇人※ ※未定については、廃止(又は休止)前までに移行先を決定し、利用者のサービス利用に支障がないようにいたします。	
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。

廃止・休止に伴う利用者の移行先の紹介は事業所の責任において実施してくだ

【 記 載 例 】

変更届出書

2024 年 4 月 1 日

町田 市長殿

所在地 東京都町田市*****

「申請者」は法人の住所・
名称等になります。

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	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		法人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
指定内容を変更した事業所等		名称	グループホーム〇〇〇〇〇											
該当する項目を選択		所在地	東京都町田市*****											
サービスの種類		(介護予防) 認知症対応型共同生活介護												
変更年月日		2024 年 4 月 1 日												
変更があった事項(該当に〇)		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														
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、住所及び職名		管理者の変更 町田 太郎												
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														
〇 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴		(変更後)												
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		管理者の変更 東京 次郎												
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														
連携する訪問看護を行う事業所の所在地														
介護支援専門員の氏名及びその登録番号														

備考 1 「サービスの種類」に該当する付表と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 】

休止から再開する際は事前に担当
までご相談ください。
再開時において、届出が必要な事
項に変更が生じた場合、変更届も
併せて提出してください。

再開届出書

2024 年 4 月 1 日

町田 市長殿

所在地 東京都町田市*****

「申請者」は法人の住所・
名称等になります。

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	9	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	法人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
再開した事業所	名称	グループホーム〇〇〇〇〇											
	所在地	東京都町田市*****											
サービスの種類	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護												
再開した年月日	2024 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を添付してください。

【 記 載 例 】

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

事業所	法人番号	*****								
	フリガナ	グループホーム◎◎◎◎								
	名 称	グループホーム◎◎◎◎								
	所在地	(郵便番号 194 - 8520) 東京 都 道 町田 市 区 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					
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)		計画作成担当者							
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地	他の事業所にて兼務している場合は兼務の状況を記載してください。				事業所番号			
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等								
本体施設の有無		☐ 有 ☒ 無		本体施設名称		事業所番号				
協力医療機関	名称	医療法人社団××× ◎◎◎クリニック		主な診療科名	内科・整形外科・脳神経外科					
	名称	医療法人社団○○○ ◇◇◇歯科		主な診療科名	歯科					
○人員に関する基準の確認に必要な事項										
共同生活住居数		戸		①		②		③		
従業者の職種・員数		介護従業者		介護従業者		介護従業者		計画作成担当者		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)	6	1	5	2	0	0	0	2
		非常勤(人)	5	0	5	0	0	0	0	0
常勤換算後の人数(人)		6.2		5.8		0				
利用者数(推定数を記入)	合計	18 人		9 人		9 人		0 人		
利用定員				9 人		9 人		0 人		
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
建物の構造		☒ 耐火建築物		☐ 準耐火建築物		☐ その他				
添付書類		別添のとおり								

備考

- 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
- 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。
- 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。

【 記載例 & 注意事項 】

(別添)

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

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	標準様式	新指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		☐ 添付	☐ 添付 ☒ 添付省略	
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	標準様式1	☐ 添付	☒ 添付 ☐ 添付省略	
3	管理者の経歴	標準様式2	☐ 添付	☐ 添付 ☒ 添付省略	
4	平面図	標準様式3	☐ 添付	☐ 添付 ☒ 添付省略	
5	設備・備品等一覧表	標準様式4	☐ 添付	☐ 添付 ☒ 添付省略	
6	運営規程		☐ 添付	☒ 添付 ☐ 添付省略	
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	☐ 添付	☒ 添付 ☐ 添付省略	
8	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容		☐ 添付	☐ 添付 ☒ 添付省略	
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		☐ 添付	☐ 添付 ☒ 添付省略	
10	誓約書	標準様式6	☐ 添付	☒ 添付	
11	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	標準様式7	☐ 添付	☒ 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	グループホーム○○○○○
担当者名	町田 二郎
電 話	042-***-****
メールアドレス	*****@****.jp

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

令和 3 (2021) 年 4 月

サービス種別（	認知症対応型共同生活介護
事業所名（	グループホーム○○○○○

【 記 載 例 】

(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

口数

(5) 事業所の共同生活住居（ユニット）数 (6) 日中／夜間及び深夜の時間帯の区分

2	ユニット	利用者の生活時間帯（日中）	7:00	～	20:00
1	ユニット目	夜間及び深夜の時間帯	20:00	～	7:00

No	(7) 職種	(8) 勤務 形態	(9) 資格	(10) 氏 名	日中・夜間及び深夜 の区分	(11) (宿直 …)																												(12)1か月の 勤務時 間数 合 計	(13) 週平均 勤務時間数	(14) 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 木	2 金	3 土	4 日	5 月	6 火	7 水	8 木	9 金	10 土	11 日	12 月	13 火	14 水	15 木	16 金	17 土	18 日	19 月	20 火	21 水	22 木	23 金	24 土	25 日	26 月	27 火	28 水					
1	管理者	A	認知症対応型 サービス事業管 理者研修修了	厚労 太郎	シフト記号 日中の勤務時間数 夜間・深夜の勤務時間数	c 8	c 8	c 8				c 8	c 8			c 8		c 8	c 8	c 8	c 8	c 8			c 8	c 8	c 8	c 8	c 8			160 0	40 0					
2	計画作成担当者	A	介護支援専門員	〇〇 A男	シフト記号 日中の勤務時間数 夜間・深夜の勤務時間数	d 8	d 8	d 8	d 8			d 8	d 8			d 8	d 8		d 8	d 8		d 8	d 8		d 8	d 8		d 8	d 8			160 0	40 0					
3	介護従業者	A	看護師	〇〇 B子	シフト記号 日中の勤務時間数 夜間・深夜の勤務時間数	i 3	j 3	a 8	c 8			a 8				i 3	j 3	c 8	a 8	c 8		j 3		a 8	c 8	i 3	j 3	a 8			110 50	27.5 12.5						
4	介護従業者	A	介護福祉士	〇〇 C太	シフト記号 日中の勤務時間数 夜間・深夜の勤務時間数		i 3	j 3	a 8			i 3	j 3			a 8		i 3	j 3	b 8		a 8	b 8	c 3	i 3	j 3	a 8			110 50	27.5 12.5							
5	介護従業者	A	介護福祉士	〇〇 D美	シフト記号 日中の勤務時間数 夜間・深夜の勤務時間数	b 8	a 8		a 8	b 8	b 8	b 8																		160 0	40 0							
6	介護従業者	A	—	〇〇 E夫	シフト記号 日中の勤務時間数 夜間・深夜の勤務時間数	a 8		a 8		i 3	j 3													c 8		c 8	b 8			120 40	30 10							
7	介護従業者	A	—	〇〇 F子	シフト記号 日中の勤務時間数 夜間・深夜の勤務時間数		a 8																		a 8	b 8	i 3	j 3		120 40	30 10							
8	介護従業者	A	准看護師	〇〇 G太	シフト記号 日中の勤務時間数 夜間・深夜の勤務時間数	a 8		b 8	i 3	j 3													i 3	j 3	a 8		i 3	j 3		110 50	27.5 12.5							
9	介護従業者	A	看護師	〇〇 H美	シフト記号 日中の勤務時間数 夜間・深夜の勤務時間数	j 3	c 8	c 8			b 8	i 3	j 3			a 8	c 8	c 8	i 3	j 3		b 8	i 3	j 3		i 3	j 3	a 8	b 8	i 3	110 50	27.5 12.5						
10	介護従業者	C	介護福祉士	〇〇 J太郎	シフト記号 日中の勤務時間数 夜間・深夜の勤務時間数				a 8	f 6						a 8	f 6									a 8	f 6			56 0	14 0							
11	介護従業者	C	介護福祉士	〇〇 K子	シフト記号 日中の勤務時間数 夜間・深夜の勤務時間数				f 6		f 6					f 6										f 6		f 6		48 0	12 0							
12	介護従業者	C	—	〇〇 L太	シフト記号 日中の勤務時間数 夜間・深夜の勤務時間数		a 8		a 8				a 8			a 8								a 8		a 8				64 0	16 0							
13	介護従業者	C	—	〇〇 M子	シフト記号 日中の勤務時間数 夜間・深夜の勤務時間数	e 6				e 6				e 6		e 6						e 6		e 6				e 6		48 0	12 0							
14	介護従業者	C	—	〇〇 N男	シフト記号 日中の勤務時間数 夜間・深夜の勤務時間数	h 4	h 4	h 4			h 4	h 4	h 4	h 4		h 4	h 4	h 4	h 4			h 4	h 4	h 4	h 4		h 4			64 0	16 0							
15	介護従業者	C	—	〇〇 P子	シフト記号 日中の勤務時間数 夜間・深夜の勤務時間数	g 2.5	g 2.5	g 2.5				g 2.5	g 2.5	g 2.5			g 2.5	g 2.5	g 2.5					g 2.5	g 2.5	g 2.5				30 0	7.5 0							
16	介護従業者	C	—	〇〇 R次郎	シフト記号 日中の勤務時間数 夜間・深夜の勤務時間数			ag 6			ag 6			ag 6			ag 6				ag 6				ag 6		ag 6		ag 6		48 0	12 0						
(15) 宿直① (上記における該当者のNoを記載)						10	11	12	13	14	15	16	10	11	12	13	14	15	16	10	11	12	13	14	15	16	10	11	12	13	14	15	16					
(15) 宿直② (上記における該当者のNoを記載)																																						
(16) 日ごとの実利用者数						9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9				
(17) 介護従業者の日中の勤務時間の合計						42.5	44.5	42.5	44	44	42	40	42.5	44.5	42.5	44	44	42	40	42.5	44.5	42.5	44	44	42	40	42.5	44.5	42.5	44	44	42	40	1,198				
(18) 介護従業者の夜間・深夜の勤務時間の合計						10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	280				

《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				日中の時間帯		日中の勤務時間				夜間及び深夜 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	うち、休憩時間	勤務時間		
1	a	7:00	16:00	1:00	8	7:00	20:00	7:00	16:00	1:00	8	-	
2	b	11:00	20:00	1:00	8	7:00	20:00	11:00	20:00	1:00	8	-	
3	c	9:00	18:00	1:00	8	7:00	20:00	9:00	18:00	1:00	8	-	
4	d	8:30	17:30	1:00	8	7:00	20:00	8:30	17:30	1:00	8	-	
5	e	9:00	15:00	0:00	6	7:00	20:00	9:00	15:00	0:00	6	-	
6	f	10:00	16:00	0:00	6	7:00	20:00	10:00	16:00	0:00	6	-	
7	g	7:00	9:30	0:00	2.5	7:00	20:00	7:00	9:30	0:00	2.5	-	
8	h	16:00	20:00	0:00	4	7:00	20:00	16:00	20:00	0:00	4	-	
9	i	17:00	0:00	0:00	7	7:00	20:00	17:00	20:00	0:00	3	4	(夜勤) 17:00～翌10:00勤務
10	j	0:00	10:00	1:00	9	7:00	20:00	7:00	10:00	0:00	3	6	(夜勤) 17:00～翌10:00勤務
11	k			0:00		7:00	20:00			0:00			
12	l			0:00		7:00	20:00			0:00			
13	m			0:00		7:00	20:00			0:00			
14	n			0:00		7:00	20:00			0:00			
15	o			0:00		7:00	20:00			0:00			
16	p			0:00		7:00	20:00			0:00			
17	q			0:00		7:00	20:00			0:00			
18	r				1						1	-	
19	s				2						2	-	
20	t				3						3	-	
21	u				4						4	-	
22	v				5						5	-	
23	w				6						6	-	
24	x				7						7	-	
25	y				8						8	-	
26	z				1						-	1	
27	x				2						-	2	
28	aa				3						-	3	
29	ab				4						-	4	
30	ac				5						-	5	
31	ad				6						-	6	
32	ae				7						-	7	
33	af				8						-	8	
34	ag	7:00	9:30	0:00	2.5	7:00	20:00	7:00	9:30	0:00	2.5	-	
	-	16:30	20:00	0:00	3.5	7:00	20:00	16:30	20:00	0:00	3.5	-	
	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	6	-	1日に2回勤務する場合
	ah			0:00		7:00	20:00			0:00			
35	-			0:00		7:00	20:00			0:00			1日に2回勤務する場合
	-			-		-	-	-	-	-	-		
	ai			0:00		7:00	20:00			0:00			
36	-			0:00		7:00	20:00			0:00			1日に2回勤務する場合
	-			-		-	-	-	-	-	-		

・職種ごとの勤務時間を「○:○○～○:○○」と表記することが困難な場合は、No18～33を活用し、勤務時間数のみを入力してください。

・No18～33以外は始業時刻・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、入力の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。

【 記 載 例 】

事業所又は施設の名称		グループホーム◎◎◎◎		
カナ	マチダ ジロウ		生年月日	**** 年 ** 月 ** 日
氏名	町田 二郎			
主な職歴等				
年 月 ～ 年 月		勤務先等		職務内容
2003年4月1日 ～ 2010年10月30日		小規模多機能▽▽▽▽		介護職員
2010年11月1日 ～ 2018年12月31日		グループホーム◎◎◎◎		介護職員
2019年1月1日 ～		グループホーム◎◎◎◎		管理者兼介護職員
別添 ☒ 認知症対応型サービス事業管理者研修修了証の写し ☐ 保健師又は看護師免許の写				

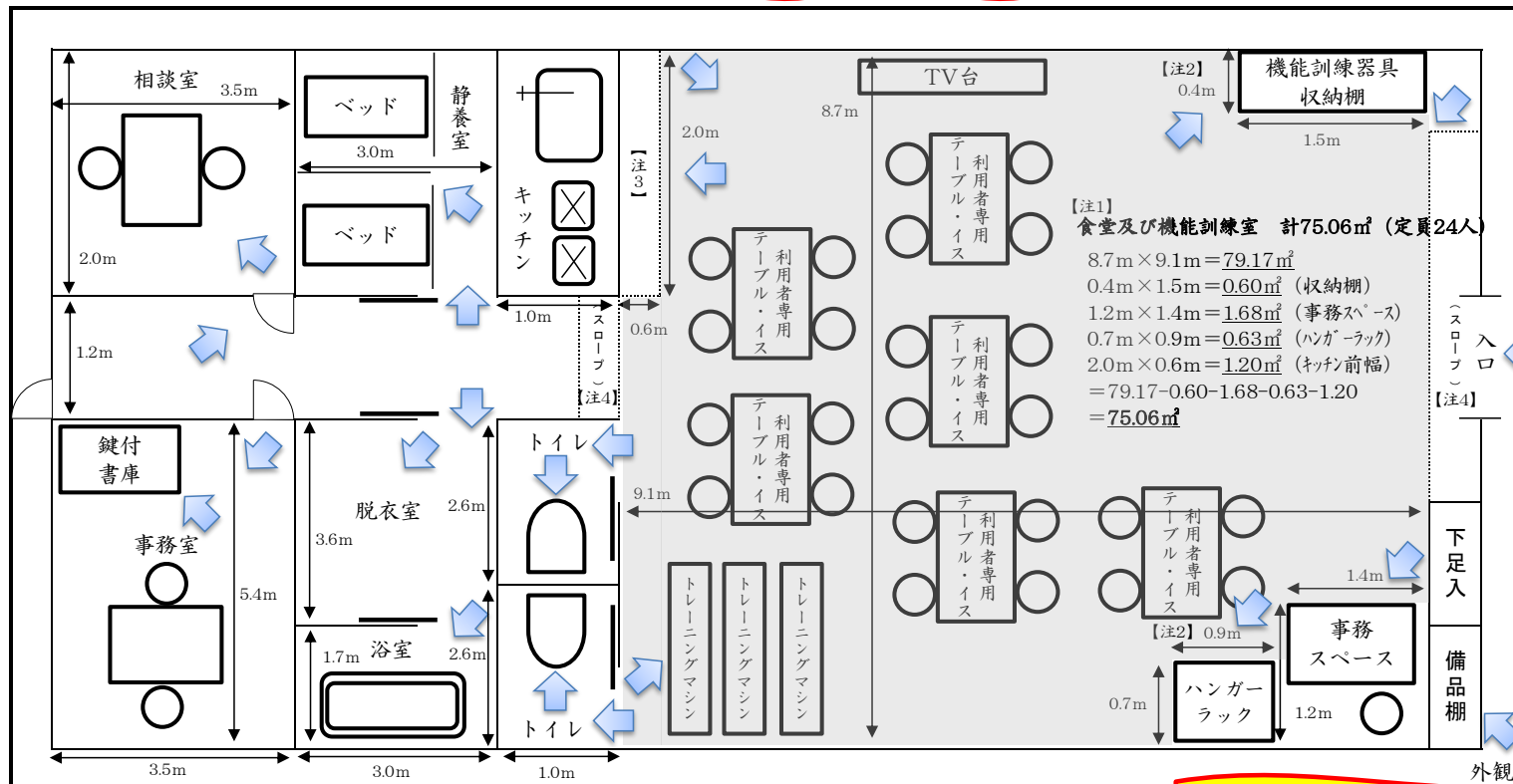
備考 「主な職歴等」には、管理者の要件を満たすことが分かる職歴等について記載ください。

(標準様式3)
平面図

事業所・施設の名称 デイサービス〇〇〇

【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

2 各室の用途及び面積を記載

3 当該事業の専用部分と他

【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) $8.7\text{m} \times 9.1\text{m} = 79.17\text{㎡}$

【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。

設備等一覽表

サービス種類 ((介護予防)認知症対応型共同生活介護)
事業所名・施設名 (**グループホーム〇〇〇〇**)

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・避難経路の確保・避難口誘導灯の設置
○	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

設備を確認して○をしてください。

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

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」等を記入して提出する形とすることを推奨します。

【 記 載 例 】

(標準様式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

事業所又は施設名	グループホーム○○○○
申請するサービス種類	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護

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。

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)

【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

必ず町田市と国保連の窓口と連絡先を記載してください。

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。

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

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。

(標準様式6)

【 記 載 例 】

誓 約 書

2024 年 4 月 1 日

町田 市長 殿

申請者

(名称) 株式会社〇〇〇〇

「申請者」は法人の名称等になります。

(代表者の職名・氏名) 代表取締役 町田 太郎

標準様式6「誓約書」と合わせて「町田市誓約書」も忘れずに提出してください。

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であること

該当する欄に○をしてください。

☒	別紙①： 地域密着型サービス事業所向け
☐	別紙②： 居宅介護支援事業所向け
☒	別紙③： 地域密着型介護予防サービス事業所向け
☐	別紙④： 介護予防支援事業所向け

(該当に○)

紙での提出の場合は別紙の添付を忘れずに！

【別紙③について】

- ・認知症対応型共同生活介護
- ・認知症対応型通所介護
- ・小規模多機能型居宅介護

について、介護予防の指定も受けている場合は①と③に○をしてください。

【 記 載 例 】

(標準様式 7)

当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

[illegible]

【 記 載 例 】

(町田市誓約書)

町田市暴力団排除条例に基づく誓約兼承諾書

町田市長様

町田市の指定を受けている(これから受ける)事業所は「標準様式6(誓約書)」以外にこの「町田市誓約書」も提出してください。

2024 年 4 月 1 日

申請者

(名称)

株式会社〇〇〇〇

「申請者」は法人の名称等になります。

(代表者の職名・氏名)

代表取締役 町田 太郎

申請者は以下の項目について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。