



【 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<br>請<br>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 )<br>東京 都 道 町田 市 区 *****<br>府 県 町 村                    |                    |
|  | 連絡先  | 電話番号 042-***-**** (内線) **** FAX番号 042-***-****<br>Email *****@*****.jp  |                    |
|  | 代表者の職名・氏名・生年月日                                       | 職名 代表取締役<br>フリガナ マチダ タロウ<br>氏 名 町田 太郎<br>生年月日 19***年**月**日              |                    |
| 代表者の住所                                   | (郵便番号 *** - **** )<br>東京 都 道 町田 市 区 *****<br>府 県 町 村 |   |                    |
| 事<br>業<br>所                              | 事業等の種類   | 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護  | 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   | ミツチャクトクヨウ☆☆☆☆   |                    |
|  | 名称   | 密着特養☆☆☆☆  |                    |
|  | 所在地  | (郵便番号 194 - 8520 )<br>東京 都 道 町田 市 区 *****<br>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<br>理<br>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 - **** )<br>東京 都 道 町田 市 区 *****<br>府 県 町 村<br>△△△△マンション 999号室 |                    |

欄外の記号を使用

- 備考
- 1 「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。
  - 2 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。
  - 3 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。
  - 4 「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               | <p>廃止若しくは休止の理由を具体的かつ簡潔に記載してください。</p> <p>例 事業所の統廃合のため</p>  |                             |
| 現にサービス又は支援を受けている者に対する措置 | <p>なるべく具体的に記載してください。なお、未定がある場合は、※印の記載が必須です。</p> <p>例〇〇事業所への移行 . . . 5人<br/> ▽▽事業所への移行 . . . 3人<br/> 移行なし(サービス終了) . . . 1人<br/> 未定 . . . 〇人※<br/> ※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。</p> |                             |
| 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さい。

【 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                 | 密着特養☆☆☆☆                  |
|                                 | 所在地                | 東京都町田市*****               |
| サービスの種類                         | 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護 |                           |
| 変更年月日                           | 2024 年 4 月 1 日     |                           |
| 変更があった事項(該当に○)                  | 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<br>町田 太郎    |                           |
| 登記事項証明書・条例等<br>(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             |                    |                           |
| ○ 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  | 管理者の変更<br>東京 次郎    |                           |
| 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               |                    |                           |
| 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              |                    |                           |

該当する項目を選択

変更の内容は分かりやすく、変更前と変更後を記入すること。

備考

- 「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。
- 「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                 | 密着特養☆☆☆☆                    |
|         | 所在地                | 東京都町田市*****                 |
| サービスの種類 | 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護 |                             |
| 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。

指定辞退届出書

2024年 2月 25日

町田 市長殿

所在地 東京都町田市\*\*\*\*\*

申請者  
「申請者」は法人の住所・  
名称等になります。

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

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

|               |                             |             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |
|---------------|-----------------------------|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|---|
|               | 介護保険事業所番号                   | 1           | 3 | 9 | * | * | * | * | * | * | * | * | *               | * |
|               | 法人番号                        | *           | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | *               | * |
| 指定を辞退する施設     | 名称                          | 密着特養☆☆☆☆    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |
|               | 所在地                         | 東京都町田市***** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |
| 指定を受けた年月日     | 2023年 4月 1日                 |             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |
| 指定を辞退する年月日    | 2024年 4月 1日                 |             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |
| 指定を辞退する理由     | 指定を辞退する理由を記載してください。         |             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | < 理由を記載 >       |   |
| 現に施設に入所している者に | 別途、移行先リスト(任意様式)が必要な場合があります。 |             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | < 措置結果(経過)を記載 > |   |

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

【 記 載 例 】

付表第二号(九) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定等に係る記載事項

|                             |  |   |  |   |                             |
|-----------------------------|--|---|--|---|-----------------------------|
| 施設                          | 法人番号   | *****   |  |   |                             |
|                             | フリガナ   | ミツチャクトクヨウ☆☆☆☆   |  |   |                             |
|                             | 名称   | 密着特養☆☆☆☆  |  |   |                             |
|                             | 所在地  | (郵便番号 194 - 8520 )<br>東京 都 府 県 町 田 市 区 町 村 *****                      | 欄外の記号を使用   |   |                             |
|                             | 連絡先  | 電話番号 042-***-**** (内線) **** FAX番号 042-***-****<br>Email *****@****.jp |  |   |                             |
| 管理者                         | フリガナ   | マチダ ジロウ   | 住所   | (郵便番号 194 - **** )<br>東京都町田市*****<br>△△△△マンション 999号室                              |                             |
|                             | 氏名   | 町田 二郎   |  |   |                             |
|                             | 生年月日   | ****年**月**日   |  |   |                             |
|                             | 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)  |   |  |   |                             |
| 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                     | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無                       | 本体施設名称  |  | 事業所番号   |                             |
| 併設事業所の有無                    | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                       | 短期入所生活介護の実施の有無  | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   | 事業の実施形態 <input checked="" type="checkbox"/> 空床利用型 <input type="checkbox"/> 併設事業所型 |                             |
| 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 <input type="checkbox"/>   |                             |
| サービス提供単位1                   | 介護形式(いずれか一方を選択) <input type="checkbox"/> 従来型 <input checked="" type="checkbox"/> ユニット型 |   |  |   |                             |
|                             | ○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  |   | 医 師  | 生活相談員   | 介護職員                        |
|                             |  |   | 専 従  | * 兼 務   | 専 従                         |
|                             | 地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数  |   | 常 勤(人)   | 0   | 0                           |
|                             |  |   | 非 常 勤(人)   | 2   | 0                           |
|                             | 常勤換算後の人数(人)  |   | 1.2  |   | 17.5                        |
|                             |  |   | 栄 養 士  | 機 能 訓 練 指 導 員   | 介 護 支 援 専 門 員 等             |
|                             |  |   | 専 従  | * 兼 務   | 専 従                         |
|                             | 地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数  |   | 常 勤(人)   | 1   | 0                           |
|                             |  |   | 非 常 勤(人)   | 0   | 0                           |
|                             | 常勤換算後の人数(人)  |   | 1.1  |   | 0.5                         |
|                             | 入所者数(推定数を記入)   |   | 24 人   |   | 5 人(推定数を記入)                 |
|                             | ○設備に関する基準の確認に必要な事項   |   |  |   |                             |
|                             | 居室   | 1室の最大定員   | 1 人  | 1 人   |                             |
| 居室                          | 入所者1人あたりの最小床面積   | 10.65 m <sup>2</sup>  | 10.65 m <sup>2</sup>   |   |                             |
| 廊下                          | 食堂と機能訓練室の合計面積  | 87 m <sup>2</sup>   | 87 m <sup>2</sup>  |   |                             |
| 廊下                          | 片廊下の幅  | 1.5 m   | 1.5 m  |   |                             |
| 廊下                          | 中廊下の幅  | 1.8 m   | 1.8 m  |   |                             |
| 建物の構造                       |  | <input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物                             | <input type="checkbox"/> 準耐火建築物  | <input type="checkbox"/> その他  |                             |
| 入所定員                        |  | 29 人  |  |   |                             |
| サービス提供単位2                   | 介護形式(いずれか一方を選択) <input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型            |   |  |   |                             |
|                             | ○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  |   | 介 護 専 従  | 介 護 支 援 専 門 員 等   | 栄 養 士 を 配 置 し な い 場 合 の 措 置 |
|                             |  |   | 専 従  | * 兼 務   |                             |
|                             | 地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数  |   | 常 勤  |   |                             |
|                             |  |   | 非 常 勤  |   |                             |
|                             | 常勤換算後の人数(人)  |   | ■従業者の職種・員数<br>勤務形態一覧表の従業者の人数を記載してください。<br>①常勤専従は勤務形態「A」の総数<br>②非常勤専従は勤務形態「C」の総数<br>③常勤兼務は勤務形態「B」の総数<br>④非常勤兼務は勤務形態「D」の総数 |   |                             |
|                             | 地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数  |   | 常 勤  |   |                             |
|                             |  |   | 非 常 勤  |   |                             |
|                             | 常勤換算後の人数(人)  |   |  |   |                             |
|                             | 入所者数(推定数を記入)   |   | 人  |   | 人(推定数を記入)                   |
|                             | ○設備に関する基準の確認に必要な事項   |   |  |   |                             |
|                             | 居室   | 1室の最大定員   | 人  | 人   |                             |
|                             | 居室   | 入所者1人あたりの最小床面積  | m <sup>2</sup>   | m <sup>2</sup>  |                             |
|                             | 廊下   | 食堂と機能訓練室の合計面積   | m <sup>2</sup>   | m <sup>2</sup>  |                             |
| 廊下                          | 片廊下の幅  | m   | m  |   |                             |
| 廊下                          | 中廊下の幅  | m   | m  |   |                             |
| 建物の構造                       |  | <input type="checkbox"/> 耐火建築物  | <input type="checkbox"/> 準耐火建築物  | <input type="checkbox"/> その他  |                             |
| 入所定員                        |  | 人   |  |   |                             |
| 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。
  - 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態(空床型・併設型の別)」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方にチェックしてください。
  - 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。
  - 従業者の職種・員数の「\*兼務」欄は、短期入所生活介護以外の兼務を行う従業者について記載してください。
  - 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。
  - 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の「設備に関する基準の確認に必要な事項」欄については、記載不要です。

**【 記載例 & 注意事項 】**

(別添)

付表第二号(九) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護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( ) ください。

**指定更新の場合！**

|    | 添付書類                          | 標準様式  | 新規指定申請<br>(※1)              | 更新申請<br>(※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<br><input checked="" type="checkbox"/> 添付省略 |    |
| 2  | 特別養護老人ホームの認可証等の写              |       | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付<br><input checked="" type="checkbox"/> 添付省略 |    |
| 3  | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表             | 標準様式1 | <input type="checkbox"/> 添付 | <input checked="" type="checkbox"/> 添付<br><input type="checkbox"/> 添付省略 |    |
| 4  | 平面図                           | 標準様式3 | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付<br><input checked="" type="checkbox"/> 添付省略 |    |
| 5  | 設備・備品等一覧表                     | 標準様式4 | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付<br><input checked="" type="checkbox"/> 添付省略 |    |
| 6  | 本体施設の概要、本体施設との間の移動経路、方法及び移動時間 |       | <input type="checkbox"/> 添付 | <input checked="" type="checkbox"/> 添付<br><input type="checkbox"/> 添付省略 |    |
| 7  | 併設する施設の概要                     |       | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付<br><input checked="" type="checkbox"/> 添付省略 |    |
| 8  | 運営規程                          |       | <input type="checkbox"/> 添付 | <input checked="" type="checkbox"/> 添付<br><input type="checkbox"/> 添付省略 |    |
| 9  | 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 | <input type="checkbox"/> 添付 | <input checked="" type="checkbox"/> 添付<br><input type="checkbox"/> 添付省略 |    |
| 10 | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容       |       | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付<br><input checked="" type="checkbox"/> 添付省略 |    |
| 11 | 誓約書                           | 標準様式6 | <input type="checkbox"/> 添付 | <input checked="" type="checkbox"/> 添付                                  |    |
| 12 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号            | 標準様式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  
 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    | 密着特養☆☆☆☆      |
| 担当者名    | 町田 二郎         |
| 電話      | 042-***-****  |
| メールアドレス | *****@****.jp |

【記載例】

(標準様式1)

従業者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 ( 指定介護老人福祉施設 (ユニット型) )  
事業所名 ( 若者特養☆☆☆☆ )

【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) 入所者数 (利用者数)(前年度の平均値または推定数) 29 人

Table with columns for No, ユニット名, 職種, 資格, 氏名, 勤務形態, 1週目, 2週目, 3週目, 4週目, 5週目, 121~4週目の勤務時間合計, 13週目の勤務時間合計, and 業務状況. The table contains 30 rows of employee data.

【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。

(15) 【任意入力】人員基準の確認 (看護職員・介護職員)

Table for nursing staff calculation: ①看護職員. Columns: 勤務形態, 勤務時間数合計 (当月合計, 週平均), 常勤換算の対象時間数, 常勤換算方法対象外の人数. Rows: A, B, C, D, 合計.

■ 常勤換算方法による人数基準: 週  
常勤換算の対象時間数 (週平均) 20 ÷ 常勤の従業者が週に勤務すべき時間数 40 = 常勤換算後の人数 0.5 (小数点第2位以下切り捨て)

■ 看護職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 2 + 常勤換算方法による人数 0.5 = 合計 2.5人

Table for nursing staff calculation: ②介護職員. Columns: 勤務形態, 勤務時間数合計 (当月合計, 週平均), 常勤換算の対象時間数, 常勤換算方法対象外の人数. Rows: A, B, C, D, 合計.

■ 常勤換算方法による人数基準: 週  
常勤換算の対象時間数 (週平均) 128 ÷ 常勤の従業者が週に勤務すべき時間数 40 = 常勤換算後の人数 3.2 (小数点第2位以下切り捨て)

■ 介護職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 16 + 常勤換算方法による人数 3.2 = 合計 19.2人

③看護職員と介護職員の合計

看護職員 2.5人 + 介護職員 19.2人 = 合計 21.7人

Table for shift codes: (勤務形態の記号) with columns 記号 and 区分. Rows: 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).

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

【 記 載 例 】

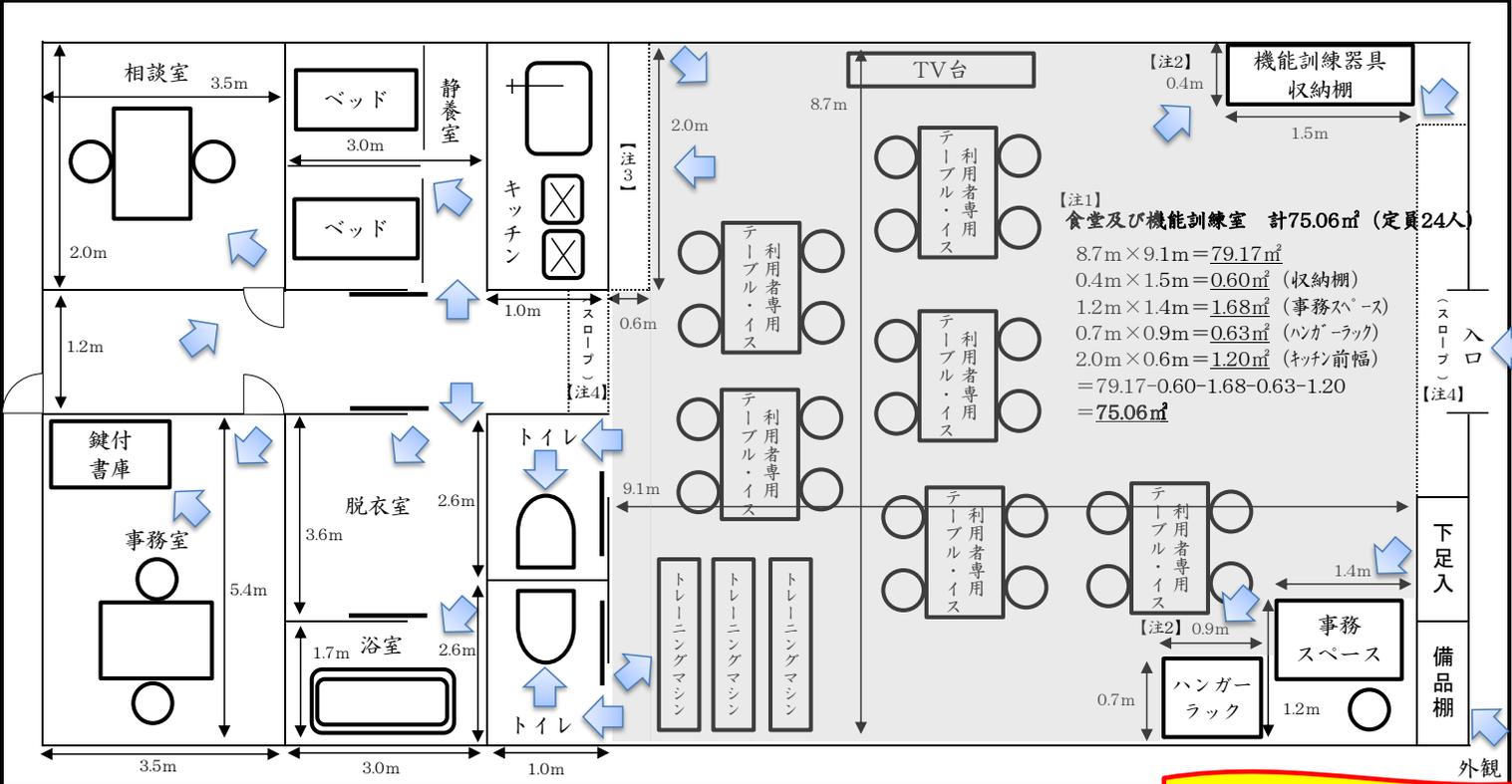
- ・職種ごとの勤務時間を「〇:〇〇～〇:〇〇」と表記することが困難な場合は、No18～33を活用し、勤務時間数のみを入力してください。
- ・No18～33以外は始業時刻・終業時刻・休憩時間等を入力すると勤務時間数が計算されますが、入力の補助を目的とするものですので、結果に誤りがないかご確認ください。
- ・シフト記号が足りない場合は、適宜、行を追加してください。
- ・シフト記号は、適宜、使いやすい記号に変更していただいて構いません。

(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。



【 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   | 密着特養☆☆☆☆           |
| 申請するサービス種類 | 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護 |

| 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-****<br/> 【担当者】 森野 花子 (不在時は生活相談員 本町田 愛子)<br/> 【受付時間】 月曜日～土曜日 8：30～17：30 (緊急時は24時間対応)<br/> 【担当者不在時の対応】 ○○○○○○○○○○○○<br/> 【その他の苦情窓口】<br/> 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<br/> 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。<br/> 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。<br/> 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。<br/> 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。<br/> 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。

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。

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。

【 記 載 例 】

(標準様式6)

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。

|                                  |                         |
|----------------------------------|-------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> | 別紙①: 地域密着型サービス事業所向け     |
| <input type="radio"/>            | 別紙②: 居宅介護支援事業所向け        |
| <input type="radio"/>            | 別紙③: 地域密着型介護予防サービス事業所向け |
| <input type="radio"/>            | 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!



【 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。