

【 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。

		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 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	代表者の職名・氏名	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										
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 *** - ****) 東京 都 道 町田 市 区 村 *****													
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		○		2024年6月1日	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					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 イ ジ ン グ サ ー ビ ス 防 着	介護予防認知症対応型通所介護		○		2024年6月1日	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					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 -) 都 道 市 区 府 県 町 村														
	事業等の種類	認知症対応型通所介護/ 介護予防認知症対応型通所介護				介護保険事業所番号	139*****									
	指定有効期間満了日	2024年5月31日														
管 理 者	フリガナ	ニンチダイ◆◆◆◆														
	名称	認知ダイ◆◆◆◆														
	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															
	フリガナ															
管 理 者	氏名	マチダ ジロウ				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 「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	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		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
名称		認知デイ◆◆◆◆												
所在地		東京都町田市*****												
サービスの種類		認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型通所介護												
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 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														
○	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 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													

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。

再開した事業所	介護保険事業所番号	139*****
	法人番号	*****
	名称	認知デイ◆◆◆◆
	所在地	東京都町田市*****
サービスの種類	認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型通所介護	
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（四） 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定等に係る記載事項（単独型・併設型）

事業所	法人番号	*****									
	フリガナ	ニンチダイ◆◆◆◆									
	名 称	認知ダイ◆◆◆◆									
	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	事業の実施形態	☒ 単独型 ☐ 併設型									
	フリガナ	マチダ ジロウ				住所	(郵便番号 194 - ****) 東京都町田市***** △△△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)	生活相談員									
	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								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	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。									
○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 72.55 m ² 利用定員(同時利用) 12 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)	0	2	0	0	2	1	0	0	
	非常勤 (人)	0	0	0	0	8	0	3	0		
	○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(年末年始休日等) 12月28日～1月3日									
	営業時間	8 : 30		～		17 : 30					
		平日			～						
		曜日ごとに異なる場合記入	土曜日			～					
サービス提供時間	9 : 30		～		16 : 00						
	利用定員	12 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	土曜日	祝日		
		その他 サービス提供単位が2以上の場合に使用してください。サービス提供単位が4以上ある場合は「参考」を使用してください。									
	営業時間			～							
		平日			～						
		曜日ごとに異なる場合記入	土曜日			～					
サービス提供時間			～								
	利用定員	人									
サービス提供単位 3	○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	土曜日	祝日		
		その他(年末年始休日等)									
	営業時間			～							
		平日			～						
		曜日ごとに異なる場合記入	土曜日			～					
サービス提供時間			～								
	利用定員	人									
添付書類		別添のとおり									

【 記載例 & 注意事項 】

(別添)

付表第二号(四) 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所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 指定更新の場合！ してください。

	添付書類	標準様式	新規指定申請 (※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	【!!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りますのでご注意ください！
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	誓約書	標準様式6	☐ 添付	☒ 添付	

注意

※1

※

- ・「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」は、人員基準を確認するため、町田市では提出を必須とします。
- ・町田市に届出た内容に変更事項がないか確認をお願いします。(変更がある場合は変更届出書を提出してください。)
- ・平面図とともに指定された写真を添付してください。
- ・設備等一覧表は、添付省略可とします。
- ・運営規程に必須項目が記載されているか確認するために町田市では提出を必須とします。
- ・料金表は、報酬改定等を反映した最新の料金表を提出してください(市のホームページに掲載されている料金表をご参照ください)。
- ・利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要には、町田市の介護保険課 給付係、国民健康保険団体連合会の電話番号の記載されているものをご提出ください。

【 記 載 例 】

付表第二号（五） 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定等に係る記載事項（共用型）

事業所	法人番号	*****										
	フリガナ	ニンチダイ◆◆◆◆										
	名 称	認知ダイ◆◆◆◆										
	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	本体事業種別	☒ 認知症対応型共同生活介護事業所 ☐ 地域密着型特定施設 ☐ 地域密着型介護老人福祉施設										
	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					
	当該認知症対応型通所介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）					生活相談員						
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入）					名称	グループホーム◎◎◎◎		事業所番号	139*****		
						兼務する職種及び勤務時間等	管理者 月～金 8時から12時					
○人員に関する基準の確認に必要な事項												
本体の事業所等の入居者を含めた利用者数					12 人							
○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					72.55 m ²		利用定員(同時利用)				12 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											
	従業員の職種・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)		0	2	0	0	2	0	0	1		
	非常勤 (人)		0	0	0	0	0	2	0	0		
	○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(年末年始休日等) 12月28日～1月3日									
	曜日ごとに異なる場合記入		営業時間		8 : 30		～ 17		30			
			平日		:		:		:			
土曜日			:		:		:					
日曜日・祝日		:		:		:		:				
サービス提供時間		9 : 30		～ 16		00						
利用定員		12 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											
	従業員の職種・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	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	曜日ごとに異なる場合記入		営業時間		:		:		:			
			平日		:		:		:			
土曜日			:		:		:					
日曜日・祝日		:		:		:		:				
サービス提供時間		:		:		:		:				
利用定員		:										
サービス提供単位 3	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業員の職種・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	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	曜日ごとに異なる場合記入		営業時間		:		:		:			
			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										

欄外の記号を使用

サービス提供単位が2以上の場合に使用。
サービス提供単位が4以上ある場合は「参考」を使用してください。

【 記載例 & 注意事項 】

(別添)

付表第二号(五) 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所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(☒) 指定更新の場合！ さい。

	添付書類	標準様式	新規指定申請 (※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	【!!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！
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	誓約書	標準様式6	☐ 添付	☒ 添付	

注意

- ・「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」は、人員基準を確認するため、町田市では提出を必須とします。
- ・町田市に届出た内容に変更事項がないか確認をお願いします。(変更がある場合は変更届出書を提出してください。)
- ・平面図とともに指定された写真を添付してください。車両については、有効期間を確認できる書類を添付してください。
- ・設備等一覧表は、添付省略可とします。
- ・運営規程に必須項目が記載されているか確認するために町田市では提出を必須とします。
- ・料金表は、報酬改定等を反映した最新の料金表を提出してください(市のホームページに掲載されている料金表をご参照ください)。

【注意！】
「シフト記号表」も

(1)で「4週」を選択した場合、(3)事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数は ○○時間/週

(1)で「暦月」を選択した場合、(3)事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数は ○○○時間/月

(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
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)

No	(6) 職種	(7) 勤務形態	(8) 資格	(9) 氏 名		3週目																												4週目								5週目			(11) 1～4週目の勤務時間数合計	(12) 週平均勤務時間数	(13) 兼務状況 (兼務先及び兼務する職務の内容) 等
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28														
						金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木														
1	管理者	B	—	〇〇 A子	シフト記号	u			u	u	u	u	u			u	u	u	u	u	u			u	u	u	u	u																			
					勤務時間数	2			2	2	2	2	2			2	2	2	2	2	2			2	2	2	2	2							40	10	生活相談員										
					サービス提供時間内の勤務時間数	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0								0	0										
2	生活相談員	B	社会福祉主事任用資格	〇〇 A子	シフト記号	b			b	b	b	b	b			b	b	b	b	b	b			b	b	b	b	b																			
					勤務時間数	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6	6			6	6	6	6	6							120	30	管理者										
					サービス提供時間内の勤務時間数	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7	7			7	7	7	7	7								140	35										
3	生活相談員	B	介護福祉士	〇〇 B子	シフト記号	a				a	a	a	a					a	a	a	a					a	a	a																			
					勤務時間数	8				8	8	8	8					8	8	8	8					8	8	8								96	24	介護職員									
					サービス提供時間内の勤務時間数	7				7	7	7	7					7	7	7	7					7	7	7								84	21										
4	看護職員	B	看護師	〇〇 C美	シフト記号	c			c	c	c	c	有			c	c	c	c	c	c			c	c	c	c	c																			
					勤務時間数	4			4	4	4	4	0			4	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4								76	19	機能訓練指導員									
					サービス提供時間内の勤務時間数	3			3	3	3	3	0			3	3	3	3	3	3			3	3	3	3	3								57	14.25										
5	介護職員	B	介護福祉士	〇〇 B子	シフト記号				a	a						a	a								a	a																					
					勤務時間数				8	8						8	8								8	8									64	16	生活相談員										
					サービス提供時間内の勤務時間数				7	7						7	7								7	7									56	14											
6	介護職員	A	介護福祉士	〇〇 D介	シフト記号	a			a	a	a	a	a			a	a	a	a	a	a			a	a	a	a	a																			
					勤務時間数	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8								160	40										
					サービス提供時間内の勤務時間数	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7	7			7	7	7	7	7								140	35										
7	介護職員	A	—	〇〇 E夫	シフト記号	a			a	a	a	a	a			a	a	a	a	a	a			a	a	a	a	a																			
					勤務時間数	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8								160	40										
					サービス提供時間内の勤務時間数	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7	7			7	7	7	7	7								140	35										
8	介護職員	C	—	〇〇 F子	シフト記号	e			e	e	e	e	e			e	e	e	e	e	e			e	e	e	e	e																			
					勤務時間数	5.5			5.5	5.5	5.5	5.5	5.5			5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5			5.5	5.5	5.5	5.5	5.5								110	27.5										
					サービス提供時間内の勤務時間数	6.5			6.5	6.5	6.5	6.5	6.5			6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5			6.5	6.5	6.5	6.5	6.5								130	32.5										
9	機能訓練指導員	B	看護師	〇〇 C美	シフト記号	d			d	d	d	d	有			d	d	d	d	d	d			d	d	d	d	d																			
					勤務時間数	4			4	4	4	4	0			4	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4								76	19	看護職員									
					サービス提供時間内の勤務時間数	3			3	3	3	3	0			3	3	3	3	3	3			3	3	3	3	3								57	14.25										
10	機能訓練指導員	A	理学療法士	〇〇 G郎	シフト記号	a			a	a	a	a	a			a	a	a	a	a	a			a	a	a	a	a																			
					勤務時間数	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8									160	40									
					サービス提供時間内の勤務時間数	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7	7			7	7	7	7	7								140	35										
11	看護職員	C		派遣	シフト記号								a																						2		派遣会社の名称										
					勤務時間数								8																						1.75												
					サービス提供時間内の勤務時間数								7																																		
12	看護職員			連携	シフト記号				a																										2		連携している病院・診療所・訪問看護ステーションの名称										
					勤務時間数				8																										1.75												
					サービス提供時間内の勤務時間数				7																																						
13					シフト記号																														0	0											
					勤務時間数																														0	0											
					サービス提供時間内の勤務時間数																																										
(14) サービス提供時間内の勤務延時間数 (生活相談員)						14			7	7	14	14	14			7	7	14	14	14			7	7	14	14	14			7	7	14	14			224	56										
(15) サービス提供時間内の勤務延時間数 (介護職員)						20.5			27.5	27.5	20.5	20.5	20.5			27.5	27.5	20.5	20.5	20.5			27.5	27.5	20.5	20.5	20.5			27.5	27.5	20.5	20.5			466	116.5										
(16) 利用者数						12			12	12	12	12	12			12	12	12	12	12			12	12	12	12	12			12	12	12	12														
(17) サービス提供時間 (平均提供時間)						7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7														
(18) 確保すべき介護職員の勤務時間数						7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7														
(参考)						生活相談員	2		1	1	2	2	2			1	1	2	2	2			1	1	2	2	2			1	1	2	2														
(19) 1日の職種別人員内訳						看護職員	1		2	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1														
						介護職員	3		4	4	3	3	3			4	4	3	3	3			4	4	3	3	3			4	4	3	3														
						機能訓練指導員	2		2	2	2	2	1			2	2	2	2	2			2	2	2	2	2			2	2	2	2														

連携により確保している看護職員がいる場合は「連携先の名称」を必ず記載してください。

【 記 載 例 】

事業所又は施設の名称		認知デイ◆◆◆◆◆	
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	特別養護老人ホーム◆◆◆◆◆	介護職員	
2010年11月1日 ～ 2018年12月31日	認知デイ◆◆◆◆◆	介護職員	
2018年1月1日 ～	認知デイ◆◆◆◆◆	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 ☐ 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。

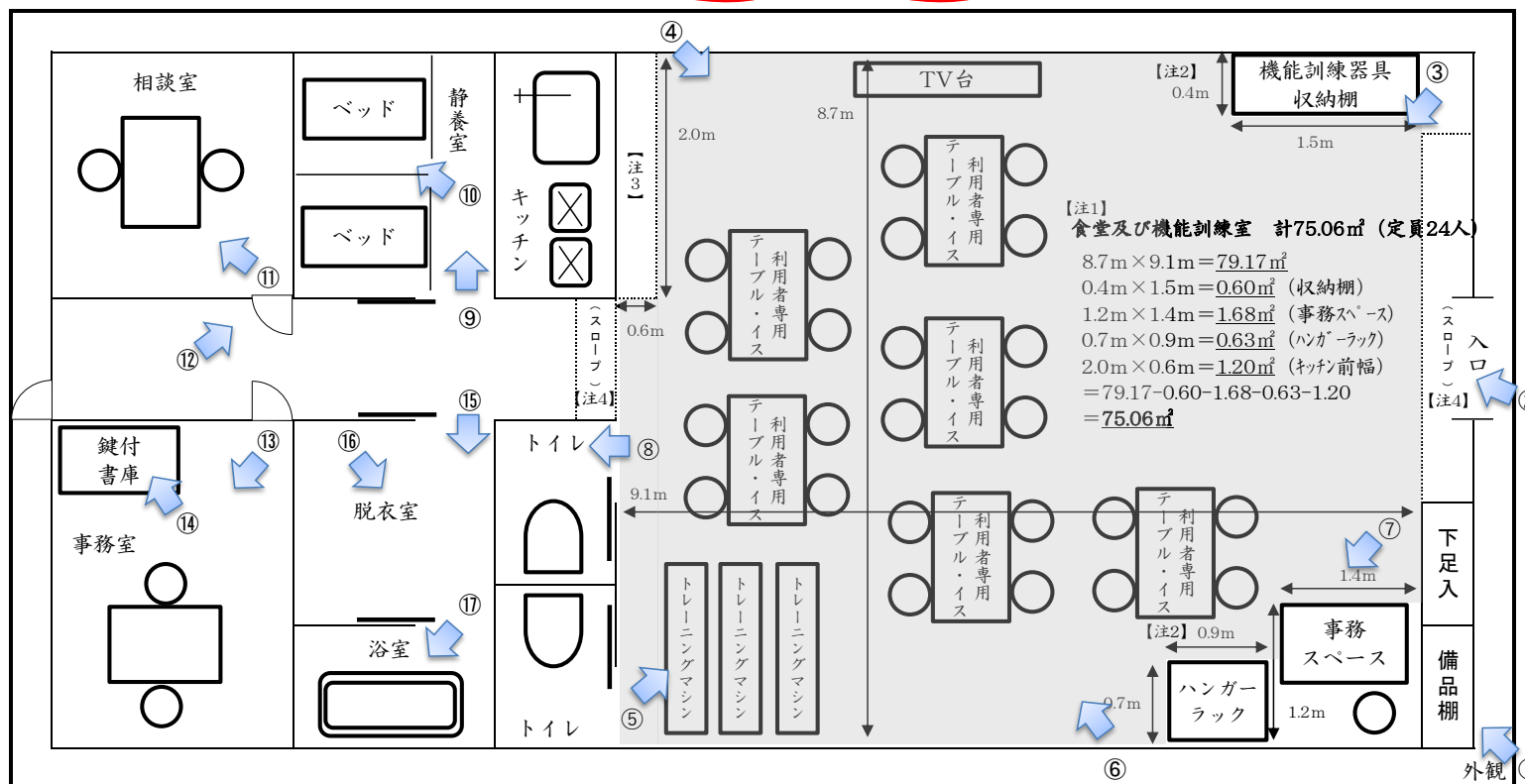
(標準様式3)

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

3 当

・机や椅子、書庫等の配置や食堂及び機能訓練室の面積(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) $8.7\text{m} \times 9.1\text{m} = 79.17\text{㎡}$
・平面図に記載する番号は、写真の番号と一致させてください。

【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) 認知症対応型通所介護)

事業所名・施設名 (認知デイ)

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、追加や削除を行ってください。

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 】

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	認知デイ◆◆◆◆
申請するサービス種類	(介護予防) 認知症対応型通所介護

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

【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)

【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

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未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。

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。

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

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 】

(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。