

指定申請に係る添付書類一覧(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)

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	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(第5号様式)を使用してください。	第1号様式 (第5号様式)	○	○		
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所の指定に係る記載事項	付表6	○	○		
1	申請者の登記事項証明書又は条例等		○	○		
2	特別養護老人ホームの許可証等の写し		○	○		
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	○	○		
	就業規則の写し、組織体制図、資格証の写し ※従業者が10名未満のため就業規則を作成していない場合は「常勤職員の勤務時間に関する調べ」を添付してください。		○	○		
4	事業所の平面図・建築図面	参考様式3	○	○		
	外観及び内部の様子が分かる写真		○	○		
5	設備・備品等に係る一覧表	参考様式4	○	○		
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		○	○		
7	併設する施設の概要		○	○		
8	運営規程(料金表含む)		○	○		
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	参考様式5	○	○		
10	<当該申請に係る資産の状況> 決算書(貸借対照表、損益計算書、キャッシュフロー計算書)		○	○		
11	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容		○	○		
12	誓約書	参考様式6	○	○		
13	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式7	○	○		
14	社会保険及び労働保険への加入状況に係る確認票(新規指定時のみ)	参考様式15	○	△		
15	<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	○	○		
	加算等の各届出書	各種様式	△1	△1		

△1 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書添付書類一覧」を参考に、加算ごと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、チェック欄に✓を入れてください。

【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。

【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。

チェック欄

就業規則 ()
食事提供 ()

地域密着型サービスの事業を行うにあたり、介護保険法の規定による市町村への指定申請のほか、老人福祉法(開始届・設置届)の届出が必要です。
老人福祉法の届出は、東京都になります。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: http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/chiki/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)

担当者連絡先

提出いただいた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)

この書類は提出不要です。

※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
申請書	指定申請書(第1号様式)又は指定更新申請書(第5号様式)	<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、登記簿謄本、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。
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所の指定に係る記載事項(付表6)	<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。 定員数を記入してください。 従業者欄は従業者の勤務形態一覧表と一致します。
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(原本)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	特別養護老人ホームの許可証等の写し	<ul style="list-style-type: none"> 許可証等の写しを添付してください。
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)	<ul style="list-style-type: none"> 管理者及び従業者全員について、毎日の勤務時間数(4週間分)を記載してください。 職種の欄には管理者、介護支援専門員、生活相談員、機能訓練指導員、介護職員、看護職員、医師、栄養士を記載してください。 ユニットリーダーの場合は備考欄にその旨を記載してください。 兼務の場合は備考欄にその旨を記載してください。 サービス提供時間帯と従事職員の勤務時間帯(他の業務と兼務する場合は当該職種に専従する時間帯)が分かるように記載してください。 従業者の就業時間、休日等が分かる就業規則を添付してください。なお、従業者が10名未満のため作成していない場合は、「常勤職員の勤務時間に関する調べ」を添付してください。 介護支援専門員、生活相談員、機能訓練指導員、看護職員、医師、栄養士については資格証の写しを添付してください。 ユニットリーダーについては「ユニットリーダー研修」の修了証の写しを添付してください。 管理者や従事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してください。
4	事業所の平面図(参考様式3) ・写真(カラー印刷)	<ul style="list-style-type: none"> 平面図(用途・机や備品等の配置、面積等を明示したもの) 建築図面 写真 建物外観 事業所入口 事務室(事務机、鍵付書庫等) 居室、静養室、洗面設備、医務室 食堂及び機能訓練指導室 消火設備、非常災害に際して必要な設備 その他(トイレ・厨房・風呂・脱衣場等) 車両・車両駐車場
5	設備・備品等に係る一覧表(参考様式4)	<ul style="list-style-type: none"> 記入例を参照し、ご記入ください。
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	<ul style="list-style-type: none"> サテライト型施設の場合のみ添付してください。
7	併設する施設の概要	<ul style="list-style-type: none"> 居宅サービス事業所や他の地域密着型サービス事業所がある場合、名称、事業内容、規模(利用定員、従業者数等)、パンフレット等内容が分かる書類を添付してください。

8	運営規程	<ul style="list-style-type: none"> ・次の内容について具体的に分かりやすく定めてください。 1 施設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 入所定員 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、具体的に定めてください。 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 施設の利用に当たっての留意事項 6 緊急時等における対応方法 7 非常災害対策 8 虐待の防止のための措置に関する事項 (2024年3月31日まで経過措置) 9 その他施設の運営に関する重要事項
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 (参考様式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。 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
10	当該申請に係る資産の状況 決算書(貸借対照表、損益計算書、キャッシュフロー計算書)	<ul style="list-style-type: none"> ・決算書 法人決算時に作成している決算書(貸借対照表、損益計算書、キャッシュフロー計算書) 決算期を迎えていない法人は、法人名義の預金通帳の名義部分と直近の残高部分の写しを提出してください。
11	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。
12	誓約書 (参考様式6)	<ul style="list-style-type: none"> ・内容をご確認のうえ、誓約できる場合は、事業者の名称・代表者の職名・氏名を記入してください。
13	介護支援専門員の氏名及びその登録番号 (参考様式7)	<ul style="list-style-type: none"> ・記入例を参照し、ご記入ください。
14	社会保険及び労働保険への加入状況に係る確認票 (参考様式15)	<ul style="list-style-type: none"> ・記入例を参照し、ご記入ください。 ・指定更新の場合は、提出不要です。
15	地域密着型サービス費の請求に関する事項	<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に関する届出書添付書類一覧」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。

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

変更があった事項		変更届出書	付表 載事業 事項の 指定に 係る記	産登 記簿 本（法 人・不 動	勤務 形態 一覧 表	平面 図	設 備・ 備品 等一 覧表	監 約 書	介 護支 援専 門員 一覧 表	運 営規 程	運 営規 程新 旧対 照表	制介 護に 給付 費算 定に 係る 体	制介 護給 付費 算定 に係 る体	加 算等 の各 届出 書	そ の他 必要 書類
様式名		第2号様式	付表6		参考様式1	参考様式3	参考様式4	参考様式6	参考様式7		参考様式16	別紙3-2	別紙1-3		
1	事業所（施設）の名称	○	○	○						△	△				
2	事業所（施設）の所在地	○	○	○		△*1				△	△				※事業所の移転の場合は、必ず事前にご相談ください。 ・事業所の移転に伴う変更の場合に添付、状況等わかる写真（カラー）を添付
3	申請者の名称	「法人に関する変更届必要書類一覧」をご覧ください。										※別法人となる場合は、旧事業所の廃止と新規申請となります。この場合は、必ず事前にご相談ください。			
4	主たる事務所の所在地	「法人に関する変更届必要書類一覧」をご覧ください。													
5	代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所	「法人に関する変更届必要書類一覧」をご覧ください。													
6	登記事項証明書・条約等 （当該事業に関するものに限る。）	「法人に関する変更届必要書類一覧」をご覧ください。													
7	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等	○	○			○	○			△	△				※必ず事前にご相談ください。 ・状況等わかる写真（カラー）を添付
8	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所	○	○		○			○		△	△				・管理者研修修了証の写しを添付
9	サービス提供責任者の氏名、生年月日住所及び経歴														
10	運営規程														
	（1）営業日・営業時間の変更	○	○		○										※必ず事前にご相談ください。 ・利用者の同意書のひな形等を添付
	（2）登録定員の変更	○	○		○	△*1					○	○			・利用者の同意書のひな形等を添付 *1 定員変更により施設の規模等変更を伴う場合に添付
	（3）利用料の変更	○	○								○	○			※必ず事前にご相談ください。 ・利用者の同意書のひな形等を添付
	（4）通常の事業の実施地域の変更	○	○								○	○			
	（5）その他の変更	○	○							○	○				
11	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関	○	○												・医療機関との契約書等の写しを添付
12	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														
13	地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 （加算に関する変更）	○	○		△*1					△	△	○	○	○*1	*1 「介護給付費算定に係る体制等に関する添付書類一覧」参照
14	本体施設、本体施設との移動経路等	○	○			○									・施設と本体施設の位置関係のわかる地図などを添付（移動経路、方法、移動に要する時間を記入）

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

変更があった事項		変更届出書	付表 記載事業所の 指定に係る記 録	登記簿 簿本（法人・不 動産）	勤務形態一 覧表	平面図	設備・備品等 一覧表	監約書	介護支援専門員一 覧表	運営規程	運営規程新旧対 照表	介護に給付費算 定に係る届出書	制介護給一付費 算定に係る表	加算等の各届出 書	その他必要書 類
様式名		第2号様式	付表6		参考様式1	参考様式3	参考様式4	参考様式6	参考様式7		参考様式16	別紙3-2	別紙1-3		
15	併設施設の状況等	○	○			○*1									*1 状況の分かる図面及び写真等を添付
16	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	○	○		○				○						・介護支援専門員証（顔写真付き）の写しを添付
17	その他														
	（1）生活相談員	○	○		○										・要件を満たす証明書の写しを添付
	（2）機能訓練指導員	○	○		○										・要件を満たす証明書の写しを添付
	（3）看護師又は准看護師	○	○		○										・看護師又は准看護師の資格証の写しを添付
	（4）ユニットリーダー	○	○		○										・ユニットケアリーダー研修修了証の写しを添付
	（5）その他届出が必要と思われる事項														

※ 別途書類の提出をお願いする事があります。

△ 変更がある場合のみ、ご提出ください。

第1号様式（第3条関係）

町田市指定地域密着型サービス事業所
 町田市指定介護予防地域密着型サービス事業所
 町田市指定居宅介護支援事業所
 町田市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者

町 田 市 介 護 サ ー ビ ス 事 業 者 指 定 申 請 書

年 月 日

町田市長 様

(名称)

申請者

(代表者の職名・氏名)

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、以下のとおり、関係書類を添えて申請します。

申 請 者	フリガナ 名 称						
	主たる事務所の 所在地		(郵便番号 —)				
	連絡先		電話番号	FAX番号			
			Email				
	代表者の職種、氏名 及び生年月日		職名	フリガナ 氏 名	生年月日 年 月 日		
代表者の住所		(郵便番号 —)					
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の種類		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	定期巡回・随時対応型訪問介護看護					
		夜間対応型訪問介護					
		地域密着型通所介護					
		認知症対応型通所介護					
		小規模多機能型居宅介護					
		認知症対応型共同生活介護					
		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					
	看護小規模多機能型居宅介護						
	居宅介護支援						
	サ ー ビ ス 予 防 密 着 地 域 介 護	介護予防認知症対応型通所介護					
		介護予防小規模多機能型居宅介護					
		介護予防認知症対応型共同生活介護					
	介 護 予 防 ・ 日 常 生 活 支 援 総 合 事 業	サ ー ビ ス 訪 問 型	国基準型指定第1号訪問事業				
市基準型指定第1号訪問事業 (訪問介護との一体型)							
市基準型指定第1号訪問事業 (単独型)							
サ ー ビ ス 通 所 型		国基準型指定第1号通所事業					
		市基準型指定第1号通所事業 (通所介護との一体型)					
		市基準型指定第1号通所事業 (単独型)					
訪問介護		/					
通所介護		/					
介護保険事業所番号		(既に指定を受けている場合)					
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)					

備考

- 1 「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 2 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。

町田市介護サービス事業者変更届出書

年 月 日

町田市長 様

(住所)

申請者 (名称)

(代表者の職名・氏名)

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	
指定内容を変更した事業所		名称	
		所在地	
サービスの種類			
変更年月日			
変更があった事項（該当に○）		変更の内容	
1	事業所（施設）の名称	(変更前)	
2	事業所（施設）の所在地		
3	申請者の名称		
4	主たる事務所の所在地		
5	代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所		
6	登記事項証明書・条例等 （当該事業に関するものに限る）		
7	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等		
8	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所		
9	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び住所		
10	運営規程	(変更後)	
11	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関		
12	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		
13	地域密着型介護サービス費、第1号事業支給費、居宅介護サービス計画日の請求に関する事項		
14	本体施設、本体施設との移動経路等		
15	併設施設の状況等		
16	介護支援専門員の氏名及びその登録番号		
17	その他		
担当者 職・氏名		連絡先	電話番号
			FAX番号

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。

町田市介護サービス事業者再開届出書

年 月 日

町田市長 様

(名称)

申請者

(代表者の職名・氏名)

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	
再開した事業所	名称	
	所在地	
サービスの種類		
再開した年月日	年 月 日	

備考

- 1 事業の再開に係る届出にあつては、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。
- 2 再開した日から10日以内に届け出てください。

第3号様式（第4条関係）

町田市介護サービス事業者廃止・休止届出書
年 月 日

町田市長 様

(住所)

申請者 (名称)

(代表者の職名・氏名)

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	
廃止・休止する事業所	名称	
	所在地	
サービスの種類		
廃止・休止の別	廃 止 ・ 休 止	
廃止・休止する年月日	年 月 日	
廃止・休止する理由		
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置		
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。

第4号様式（第5条関係）

町田市介護サービス事業者指定辞退届出書

年 月 日

町田市長 様

(住所)

申請者 (名称)

(代表者の職名・氏名)

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	
指定を辞退する施設	名称	
	所在地	
指定を受けた年月日		
指定を辞退する年月日		年 月 日
指定を辞退する理由		
現に施設に入所している者に対する措置		

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。

第5号様式（第6条関係）

町田市指定地域密着型サービス事業所
 町田市指定介護予防地域密着型サービス事業所
 町田市指定居宅介護支援事業所
 町田市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者

町 田 市 介 護 サ ー ビ ス 事 業 者 指 定 更 新 申 請 書

年 月 日

町田市長 様

(名称)

申請者

(代表者の職名・氏名)

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、以下のとおり、関係書類を添えて申請します。

申 請 者	フリガナ 名 称			
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 —)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
		Email		
	代表者の職種、氏名 及び生年月日	職名	フリガナ 氏 名	生年月日 年 月 日
代表者の住所	(郵便番号 —)			
事 業 所	事業等の種類			
	事業所番号			
	指定有効期限			
	フリガナ 名 称			
	所在地	(郵便番号 —)		
	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			
主たる事務所の 所在地	(郵便番号 —)			
管 理 者	フリガナ 名 称			
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 —)		

付表6 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

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -)							
連絡先	電話番号			FAX 番号					
	Email								
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏名								
	生年月日								
	同一敷地内の他の事業所、施設又は本体施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)		名称			事業所番号			
		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 type="checkbox"/> 無	併設事業所の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
短期入所生活介護の実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業の実施形態		<input type="checkbox"/> 空床型 <input type="checkbox"/> 併設型				
療協 機力 関医	名称			主な診療科名					
	名称			主な診療科名					
○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		看護職員	
		専従 *兼務		専従 *兼務		専従 *兼務		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人数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
		栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置しない場合の措置	
		専従 *兼務		専従 *兼務		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人数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
入所者数(推定数を記入)		人		短期入所利用者数(併設空の場合)		人(推定数を記入)			
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
		地域密着型介護老人福祉施設			短期入所生活介護				
居室	1室の最大定員	人			人				
	入所者1人あたりの最小床面積	㎡			㎡				
食堂と機能訓練室の合計面積		㎡			㎡				
廊下	片廊下の幅	m			m				
	中廊下の幅	m			m				
入居定員		人							
添付書類	別添のとおり								

- 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 「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をしてください。
- 3 従業員の職種・員数の「*兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記載してください。
- 4 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。
- 5 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。

備考 1 標題の〈西暦 年 月〉に年月を入力すれば、曜日は自動表示されます。

2 常勤職員が勤務すべき1週あたりの勤務時間〔就業規則等で定められた1週間あたりの勤務時間〕 時間/週

3 申請する事業に係る従業者全員(管理者を含む。)について、上段には勤務時間(①～)、下段には実働時間を記入してください。

複数の職種を兼務する職員の実働時間は、職種ごとの勤務時間数を按分し、備考欄に兼務する職種を記入してください。

(内訳)

	勤務時間	実働時間		勤務時間	実働時間
①	～		⑪	～	
②	～		⑫	～	
③	～		⑬	～	
④	～		⑭	～	
⑤	～		⑮	～	
⑥	～		⑯	～	
⑦	～		⑰	～	
⑧	～		⑱	～	
⑨	～		⑲	～	
⑩	～		⑳	有休	有

4 勤務形態欄は以下のとおり記入してください。

勤務形態の区分	
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

5 設定時間について記入してください。

利用者の生活時間帯
～
夜間深夜の時間帯
～

6 常勤換算が必要な職種(看護職員・介護職員)は、A～Dの「4週の合計勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が4週に勤務すべき時間数で割って、

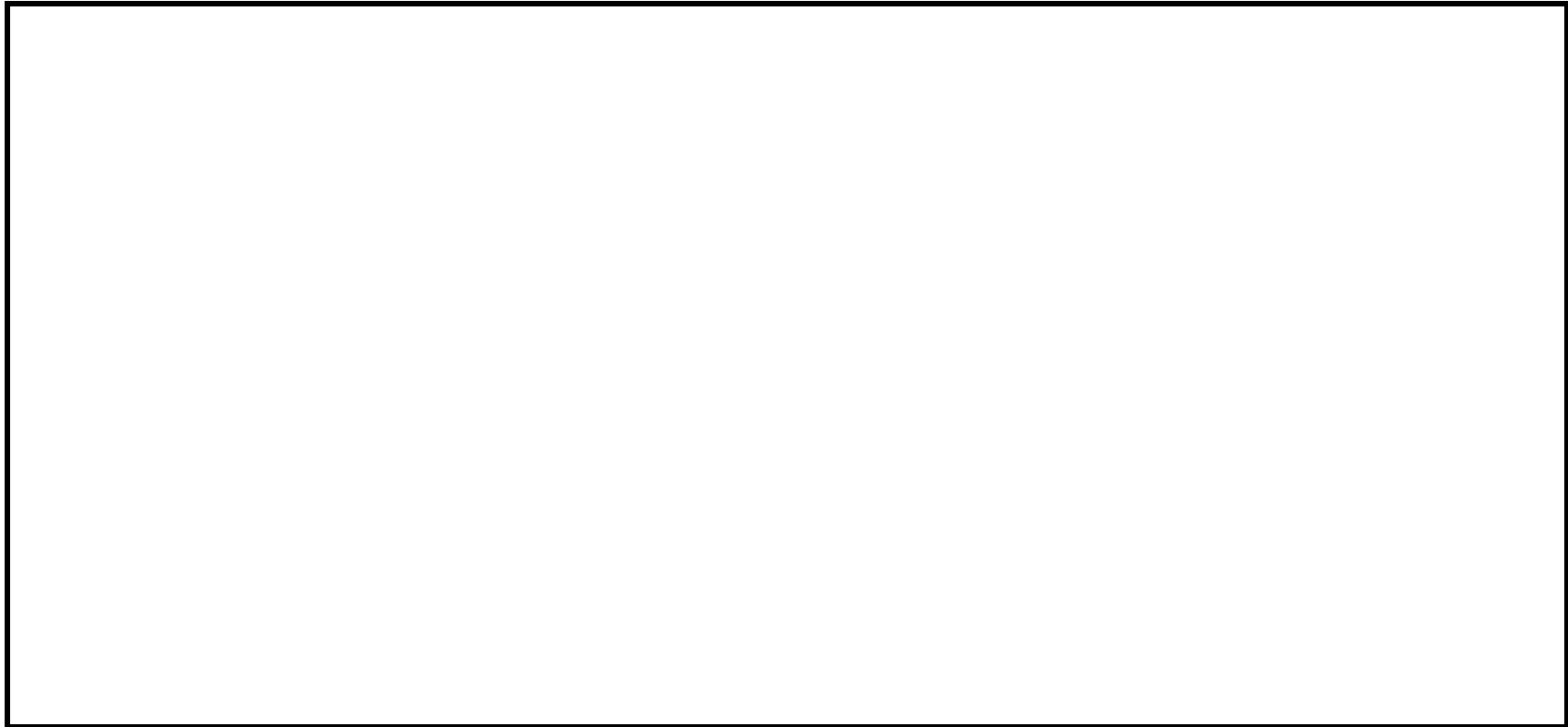
「常勤換算後の人数」を算出してください。

7 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

8 事業所所在地が町田市以外の場合は、事業所所在地の市区町村の様式を使用しても構いません。

(参考様式3)
平面図

事業所・施設の名称	
-----------	--



- 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色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

(参考様式4)
設備・備品等一覧表

サービス種類 ()
事業所名・施設名 ()

部屋・設備の種類	設備基準上適合すべき項目についての状況	適合の可否
サービス提供上配慮すべき設備の概要 非常災害設備等		
備品の目録	備品の品名及び数量	

- 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、「居室面積等一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。
- 2 必要に応じて写真等を添付し、その旨を併せて記載してください。
- 3 「適合の可否」の欄には、何も記載しないでください。

(参考様式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	
申請するサービス種類	

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		FAX	
担当者名			
受付時間			
担当者が不在の場合の対応方法			
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 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。

(参考様式6)

誓約書

年 月 日

町田市長 様

申請者 (名称)

(代表者の職名・氏名)

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約するとともに、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。

- 1 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。

	別紙①: 地域密着型サービス事業所向け(介護のみ)
	別紙②: 地域密着型サービス事業所向け(介護・予防)
	別紙③: 居宅介護支援事業所向け
	別紙④: 介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所向け

(該当に○)

【介護保険法第78条の2第4項】

- 一 申請者が市町村の条例で定める者でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第七十八条の四第一項の市町村の条例で定める基準若しくは同項の市町村の条例で定める員数又は同条第五項に規定する指定地域密着型サービスに従事する従業者に関する基準を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第七十八条の四第二項又は第五項に規定する指定地域密着型サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な地域密着型サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 当該申請に係る事業所が当該市町村の区域の外にある場合であって、その所在地の市町村長（以下この条において「所在地市町村長」という。）の同意を得ていないとき。
- 四の二 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の二 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の三 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全てを引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、第七十八条の十（第二号から第五号までを除く。）の規定により指定（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定を除く。）を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消の処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員等であった者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定地域密着型サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定地域密着型サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 六の二 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、第七十八条の十（第二号から第五号までを除く。）の規定により指定（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定に限る。）を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消の処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員等であった者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定地域密着型サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定地域密着型サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

- 六の三 申請者と密接な関係を有する者（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者と密接な関係を有する者を除く。）が、第七十八条の十(第二号から第五号までを除く。)の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定地域密着型サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定地域密着型サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 七 申請者が、第七十八条の十(第二号から第五号までを除く。)の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第七十八条の五第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）又は第七十八条の八の規定による指定の辞退をした者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出又は指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 七の二 前号に規定する期間内に第七十八条の五第二項の規定による事業の廃止の届出又は第七十八条の八の規定による指定の辞退があった場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等若しくは当該届出に係る法人でない事業所（当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者又は当該指定の辞退に係る法人（当該指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。）の役員等若しくは当該指定の辞退に係る法人でない事業所（当該指定の辞退について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者で、当該届出又は指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 八 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 九 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人で、その役員等のうちに第四号の二から第六号まで又は前三号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、法人で、その役員等のうちに第四号の二から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十一 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人でない事業所で、その管理者が第四号の二から第六号まで又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。
- 十二 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、法人でない事業所で、その管理者が第四号の二から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。

(参考様式7)

当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

フリガナ 氏名	介護支援専門員番号	主任介護支援専門員

(参考様式15)

社会保険及び労働保険への加入状況に係る確認票

貴事業所の現状等について、下記の項目に回答してください。

- I. 現在、厚生年金保険・健康保険に加入していますか。
(該当する番号に○を付してください。また、必要事項をご記入ください。)

加入状況	
1	加入している。 →下記のいずれかの書類の写しを提出してください。(提示も可) ●保険料の領収証書 ●社会保険料納入証明書 ●社会保険料納入確認書 ●健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書 ●健康保険・厚生年金保険適用通知書 ※上記書類を所持していない場合には事業所整理記号を下記に記載するのみで可 (本社等にて加入手続が行われている場合も事業所整理記号を下記に記載するのみで可)
2	現在、加入手続中である。
3	今後、加入手続を行う。 (申請から3ヶ月以内に適用要件(法人事業所または従業員5人以上の個人事業所)に該当する予定の場合を含む。) ()年()月頃に手続予定(申請から3ヶ月以内の年月をご記入ください。)
4	適用要件に該当しない。 (個人事業所(法人ではない事業所)であって従業員が4名以下の場合、申請から3ヶ月以内に適用要件に該当する予定がない。)
5	適用要件に該当するか不明である。 (個人事業所(法人ではない事業所)であって、正社員と、正社員以外で1週間の所定労働時間及び1ヶ月の所定労働日数が同じ事業所で同様の業務に従事している正社員の4分の3以上である者との合計が5人以上か不明な場合)

- II. 現在、労働者災害補償保険・雇用保険に加入していますか。
(該当する番号に○を付してください。また、必要事項をご記入ください。)

加入状況	
1	加入している。 →下記のいずれかの書類の写しを提出してください。(提示も可) ●労働保険概算・確定保険料申告書 ●保険関係成立届 ●納付書・領収証等 ※上記書類を所持していない場合には労働保険番号を下記に記載するのみで可 (本社等にて加入手続が行われている場合も労働保険番号を下記に記載するのみで可)
2	現在、加入手続中である。
3	今後、加入手続を行う。 (申請から3ヶ月以内に従業員(パート・アルバイトを含む)を雇う予定がある場合を含む。) ()年()月頃に手続予定(申請から3ヶ月以内の年月をご記入ください。)
4	適用要件に該当しない。 (事業主・役員・同居の親族のみで経営、従業員(パート・アルバイトを含む)がいない、申請から3ヶ月以内に従業員を雇う予定がない。)

回答年月日 年 月 日

事業所名称 _____

事業所所在地 _____

会社等法人番号 _____

電話番号 _____

※ 事業主の皆様には、全ての法令を遵守していただきたいと考えています。社会保険・労働保険の適用が確認できない場合は、厚生労働省からの依頼に基づき、厚生労働省に情報提供いたします。

※ 社会保険・労働保険の適用促進以外の目的では使用いたしません。

(参考様式16)

運営規程新旧対照表

サービス種類
事業所名

変更前	変更後