

【 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	町田	
		府 県		市 区	*****	
				町 村		
申請者	連絡先	電話番号	042-***-**** (内線) ****	FAX番号	042-***-****	
		Email	*****@****.jp			
	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	
			氏 名	町田 太郎	生年月日	19***年**月**日
事業所	代表者の住所	(郵便番号 *** - ****)	東京	都	町田	
		府 県		市 区	*****	
				町 村		
	事業等の種類	居宅介護支援	介護保険事業所番号	1 3 7 3 * * * * *		
	指定有効期間満了日	2023年5月31日				
事業所	フリガナ	キョタクカイゴシエン★★★★				
	名称	居宅介護支援★★★★				
	所在地	(郵便番号 194 - 8520)	東京	都	町田	
		府 県		市 区	*****	
			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					
管理者	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 - ****)	東京	都	町田	
		府 県		市 区	*****	
			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	<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 ▽▽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。</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

【 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 7 3 * * * * *
	法人番号	* * * * * * * * * * * * *
指定内容を変更した事業所等	名称	居宅介護支援★★★★
	所在地	東京都町田市*****
該当する項目を選択	サービスの種類	居宅介護支援
	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

- 「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 7 3 * * * * *
	法人番号	* * * * * * * * * * *
再開した事業所	名称	居宅介護支援★★★★
	所在地	東京都町田市*****
サービスの種類		居宅介護支援
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、従業者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(十一) 指定居宅介護支援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	キョタクカイゴシエン★★★★				
	名称	居宅介護支援★★★★				
	所在地	(郵便番号 194 - 8520)	都 道	町 田	市 区	*****
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)	介護支援専門員				
	他の事業所、施設等の 職種との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地	アイサービス〇〇〇〇、東京都町田市*****			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	通所介護、管理者、9:00~11:00				
○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(人)		介護支援専門員			<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>■変更申請時 現在の利用者数 (勤務形態一覧表 と同じ人数)を記載</p> </div>	
		専 従	兼 務			
常 勤(人)	5	1				
非常勤(人)	0	0				
事業開始時の利用者の推定数		100 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
 - 2 管理者の兼務については、添付資料にて

■従業者の職種・員数(人)
勤務形態一覧表の従業者の人数を記載してください。

- ①常勤専従は勤務形態「A」の総数
- ②非常勤専従は勤務形態「C」の総数
- ③常勤兼務は勤務形態「B」の総数
- ④非常勤兼務は勤務形態「D」の総数

なお、常勤兼務は管理者との兼務のみです。
例1:居宅介護支援の管理者と介護支援専門員
例2:同一敷地内の訪問事業所の管理者と居宅介護支援の介護支援専門員

【 記載例 & 注意事項 】

(別添)

付表第二号(十一) 指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項・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		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input checked="" type="checkbox"/> 添付省略	
2	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 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	管理者の経歴※3		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <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 <input checked="" type="checkbox"/> 添付省略	
5	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input checked="" type="checkbox"/> 添付省略	
6	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 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容	町田市参考様式	<input type="checkbox"/> 添付	<input checked="" type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
8	誓約書	標準様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input checked="" type="checkbox"/> 添付	
9	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。

※3 3「管理者の経歴」は、主任介護支援専門員研修修了証(経過措置期間中は介護支援専門員証の写し)を添付ください。

提出者(問合せ先)

事業所名	居宅介護支援★★★★★
担当者名	町田 二郎
電話	042-***-****
メールアドレス	*****@****.jp

(標準様式1) 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

【記載例】

令和 3 (2021) 年 4 月

サービス種別 (居宅介護支援)
事業所名 (居宅介護支援★★★★)

(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
(4)利用者数(新規の場合は推定数) 100 人
当月の日数 30 日

No	(5) 職種	(6) 勤務形態	(7) 資格	(8) 氏名	(9)																														(10)1~4週目の勤務時間数合計	(11) 週平均勤務時間数	(12) 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	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							
1	管理者	A	主任介護支援専門員	厚労 太郎	8	8				8	8	8	8	8	8						8	8	8	8	8	8											160	40	
2	介護支援専門員	A	主任介護支援専門員	〇〇 A部	8	8				8	8	8	8	8	8						8	8	8	8	8	8											160	40	
3	介護支援専門員	A	介護支援専門員	〇〇 B子	8	8				8	8	8	8	8	8						8	8	8	8	8	8											160	40	
4	介護支援専門員	A	介護支援専門員	〇〇 C子	8	8				8	8	8	8	8	8						8	8	8	8	8	8											160	40	
5	介護支援専門員	C	介護支援専門員	〇〇 D子	4	4				4	4	4	4	4	4						4	4	4	4	4	4											80	20	
6																																					0	0	
7																																					0	0	
8																																					0	0	
9																																					0	0	
10																																					0	0	
11																																					0	0	
12																																					0	0	
13																																					0	0	
14																																					0	0	
15																																					0	0	
16																																					0	0	
17																																					0	0	
18																																					0	0	

【記載例】

(13)【任意入力】人員基準の確認(介護支援専門員(居宅介護支援))

勤務形態	勤務時間数合計		常勤換算方法対象外の		常勤の従業者の人数
	当月合計	週平均	当月合計	週平均	
A	480	120	0	0	3
B	0	0	0	0	0
C	80	20	80	20	-
D	0	0	0	0	-
合計	560	140	80	20	3

(勤務形態の記号)

記号	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

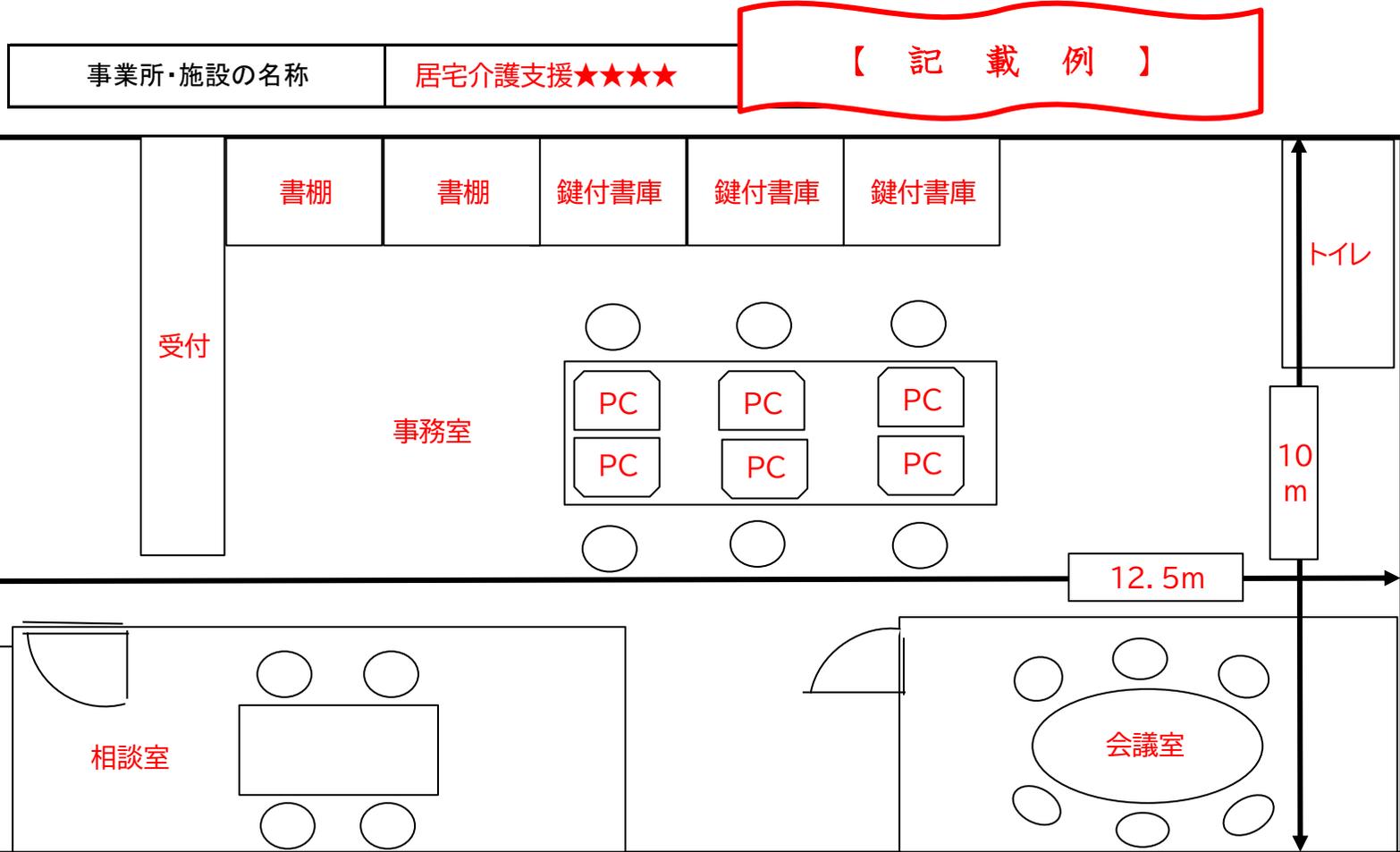
■ 常勤換算方法による人数基準: 週 3

常勤換算の 常勤の従業者が
対象時間数(週平均) 週に勤務すべき時間数 常勤換算後の人数
20 ÷ 40 = 0.5
(小数点第2位以下切り捨て)

■ 介護支援専門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 常勤換算方法による人数 合計
3 + 0.5 = 3.5人

(標準様式3)
平面図



- 備考 1 必ずしも本様式に準拠して記載する必要はありません。
2 各室の用途及び面積を記載してください。
3 当該事業の専用設備は、必ずしも本様式に準拠して記載する必要はありません。

【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) $8.7\text{m} \times 9.1\text{m} = 79.17\text{m}^2$

※面積を算出するための縦や横の長さを記載。例) $8.7\text{m} \times 9.1\text{m} = 79.17\text{m}^2$ について提出書類として差し支えありません。

【 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	居宅介護支援★★★★
申請するサービス種類	居宅介護支援

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	<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、担当者の氏名、住所、電話番号、受付時間、担当者不在時の対応)</p> <p>【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) 【担当者不在時の対応】○○○○○○○○○○○○○○○ 【その他の苦情窓口】</p> <p>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</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。 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処策を協議する。 ③ご利用者様に対処策をご説明し、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。</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>

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 】

(町田市参考様式)

関係区市町村並びに他の保健・医療・福祉

事業所又は施設名	居宅介護支援★★★★
申請するサービス種類	居 宅 介

【注意】

こちらは記載例です。
法人の形態や、事業所の併設状況によっても内容は異なりますので事業所の実情に沿った内容でご記載ください。

措

1 町田市との連携内容

・サービス提供前の受給資格の確認等

○利用申込者の提示する介護保険被保険者証により、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定期間を確認する。

○不明点等がある場合は、市役所担当課に確認する。

・居宅サービス計画の作成等

○居宅サービスの計画の作成、又は変更にあたっては、計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるように努める。

○その他、ケアプラン作成にあたり必要がある場合は、市役所担当課と協議する。

・利用者に関する通知

利用者が、偽りその他の不正行為によって保険給付を受けたり、正当な理由なくサービスの利用に関する指示に従わないこと等により、要介護状態の程度を増進させたりしたと認められるときには、市役所担当課に通知する。

・事故発生時の対応等

利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、担当者は当該事業所の管理者に連絡し、管理者は速やかに市役所担当課並びに利用者家族等に連絡を行うとともに、必要な措置及び再発防止の対策を講じる。

2 他の保健医療・福祉サービス提供主体との連携の内容

・サービス提供困難時の対応

当該事業所の通常の事業の実施地域等を勘察し、利用申込者に対し自ら適切な指定居宅介護支援を提供することが困難であると認めた場合、他の指定居宅介護支援事業者の紹介、その他必要な支援を行い、不利益が生じないように取り計らう。

・指定居宅サービス事業者との連携

○他の指定居宅サービス事業者との連絡会等に参加し、情報交換に努める。

○円滑なサービス利用へとつなげられるよう、各事業者の担当者とも連絡を密に行う。

・介護保険施設との連携

在宅での生活が困難になったときの施設の紹介や、施設・病院へ入所・入院する利用者のスムーズな移行及び、施設・病院から退院・退所する利用者の在宅への移行がスムーズに行われるように情報提供、情報収集及び連絡調整を行う。

・事故発生時の対応等

利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、緊急連絡先、主治医等についてサービス提供事業所との間で共有する。

3 その他参考事項

利用者の自立支援及び重度化防止に資するケアマネジメントを行う事ができるよう、関係機関及び事業所との連絡調整、相互理解を常日頃から行う。

【 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。

	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!

【 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。