

指定申請に係る添付書類一覧(居宅介護支援)

申請する事業所の名称	
------------	--

「申請者確認欄」の該当欄に「○」を付し、添付書類等に漏れが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	町田市 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)	○	○		
	指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項	付表10	○	○		
	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	付表10別添		○		
1	申請者の登記事項証明書又は条例等	—	○	※		
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	○	※		
	資格証の写し	—	○	※		
3	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	—	○	※		
4	運営規程(料金表含む)	—	○	※		
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	参考様式5	○	※		
6	関係市町村並びに他の保険医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容	参考様式12	○	※		
7	誓約書	参考様式6	○	○		
8	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式7	○	○		
9	<居宅介護支援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	○	○		
	各種加算添付書類	各種様式	△1	△1		

△1 「介護給付費算定に係る体制等に関する進達書添付書類一覧」を参考に、必要書類を提出してください。

※ 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。詳細は付表別添を参照してください。

その他、下記の事項について適切に対応されていますか。確認し右欄に状況を記載してください。

【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。	届出済 ・ 未届
【社会保険・労働保険の加入状況について】 ・社会保険及び労働保険の加入手続きは済んでいますか。	加入済 ・ 加入手続き中 ・ 未加入
【業務管理体制に係る届出について】 業務管理体制に係る届出について提出が必要な場合があります。詳細は町田市ホームページをご確認ください。	届出済 ・ 届出予定 ・ 届出不要

担当者連絡先

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
	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、登記事項証明書又は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。
	指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項(付表10)	<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。 Emailは原則、事業所のアドレスを記入してください。(町田市から通知等を送る際に使用します。) 従業者欄は従業者の勤務形態一覧表と一致します。
	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(付表10別添)	<ul style="list-style-type: none"> 指定更新申請を行うにあたり届出済みの内容から変更がない場合、チェックリストに記載の書類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☑を付けてください。 届出済みの内容が不明確な場合には、添付省略せず必要書類一式を提出してください。
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居宅介護支援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	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"> 記入方法を必ず確認の上作成してください。 事業所に於ける常勤の従事者が勤務すべき時間数は、就業規則を確認の上記載してください。 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備考欄にその旨を記載してください。 事業所が作成するシフト表で代替する場合は、<u>必要項目一覧</u>に該当するすべての要件を満たす場合のみとします。 ※ただし、代替書類にて人員配置基準が確認できない場合は参考様式1での作成をお願いすることがあります。
	資格証の写し	<ul style="list-style-type: none"> 管理者については、 <ul style="list-style-type: none"> ①介護支援専門員証(顔写真付き)の写し ②主任介護支援専門員の研修修了証の写し 以上、2点を添付してください。 介護支援専門員は、介護支援専門員証(顔写真付き)の写し*を添付してください。 *主任介護支援専門員の研修修了証も有する場合は、その写しも添付。
3	事業所の平面図・建築図面(参考様式3)	<ul style="list-style-type: none"> 平面図(用途・机や備品等の配置、面積の積算根拠を明示したもの) 建築図面
	外観及び内部の様子が分かる写真	<ul style="list-style-type: none"> 全体の様子が分かるように複数の方向から撮影し、カラー写真を添付してください。 建物外観 事業所入り口(事業所名の看板等) 事務室(事務机・鍵付書庫等の設備、備品) 相談室(個室又は仕切りで仕切れ、相談内容が漏えいしないよう配慮されていることが分かる写真、相談室内部の写真) 消火設備・非常災害に際して必要な設備 車両 車両駐車場
4	運営規程(料金表含む)	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険法に定められているとおり運営規程を作成して下さい。 必ず運営規程に料金表を添付してください。 従業者の職種、員数については、指定基準において置くべきとされている員数を満たす範囲において、「〇人以上」と記載することも可。 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。 <ol style="list-style-type: none"> 事業の目的及び運営の方針 職員の職種、員数及び職務内容 営業日及び営業時間 サービスの内容及び利用料その他の費用の額(自費分) <ul style="list-style-type: none"> 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。 通常の事業実施地域 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) その他運営に関する重要事項

記載方法		
番号	添付書類	説明
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 (参考様式5)	・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 ・記入例を参照し、町田市介護保険課・東京都国民健康保険団体連合会の苦情相談先を記載してください。
6	関係市町村並びに他の保険医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容(参考様式12)	・記入例を参照し、ご記入ください。
7	誓約書(参考様式6)	・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。
8	介護支援専門員の氏名及びその登録番号(参考様式7)	・記入例を参照し、ご記入ください。 ・計画作成担当で介護支援専門員の資格を持っている方の氏名及び登録番号を記載してください。
9	<居宅介護支援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)	・「別紙3-2」及び「別紙1」は必ずご提出ください。
	各種加算添付書類	・「介護給付費算定に係る体制等に関する進達書添付書類一覧」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。

居宅介護支援 変更届必要書類一覧表

変更があった事項		変更届出書	付表 項指定 居宅に 介護の 支援 事業	登記事項 証明書 又は 条例	勤務形態 一覧表	平面 図	介護 支援 専門員 一覧表	運営 規程	運営 規程 新旧 対照表	計 画 書 確 保 の た め の	等 介 護 給 付 費 算 定 に 係 る 体 制 に 関 する 進 達 書	等 介 護 給 付 費 算 定 に 係 る 体 制	加 算 等 の 各 届 出 書	その他 必要 書類	留 意 事 項
様式名		第2号 様式	付表 10		参考様式 1	参考様式 3	参考様式 7		参考様式 16	参考様式 19	別紙 3-2	別紙 1			
1	事業所（施設）の名称	○	○	△				○	○						
2	事業所（施設）の所在地	○	○	△		○		○	○					・状況等がわかる写真（カラー）を添付	※事業所の移転の場合は、必ず事前にご相談ください。
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法人での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														
5	代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所														
6	申請者（開設者）の登記事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。）														
7	事業所の平面図	○	○			○								・状況等がわかる写真（カラー）をA4用紙サイズに貼り付けまたは印刷し場所を記してください	※必ず事前にご相談ください。
8	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	○	○		○		○							・介護支援専門員証、主任介護支援専門員研修修了証の写しを添付 *1 やむを得ない理由により主任介護支援専門員を配置できない場合は添付	「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」には、管理者の人員配置基準を確認できる情報のみの記載で可。当該管理者が、他の職種を兼務する場合は、兼務する職種の情報も記載すること。 *1 必ず事前にご相談ください。
運営規程															
9	(1) 従業者（職員）の職種、員数及び職務の内容	○	○		○			○	○						従業者の職種、員数に実人数を記載する場合、毎年10月1日時点において前年同月と比較し従業者の員数に変更が生じた際は、10月10日までに届け出てください。（指定から1年未満の事業所については、10月1日を迎えた時点で指定の日と比較すること）
	(2) 営業日及び営業時間	○	○		○			○	○					・利用者への周知文又は同意書のひな形を添付	※必ず事前にご相談ください。
	(3) 利用定員／入居定員及び居室数／入所定員	○	○		○	△		○	○					・利用者への周知文又は同意書のひな形を添付	※必ず事前にご相談ください。
	(4) その他の変更	○	○					○	○					・利用料変更の場合は、利用者の同意書のひな形を添付	※利用料変更の場合は必ず事前にご相談ください。
10	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	○	○		○		○							・要件を満たす資格証の写しを添付	
11	居宅介護支援費の請求に関する事項（加算に関する変更）	○	○					△	△		○	○	○*2	*2 「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	

△ 変更がある場合のみ、ご提出ください。

※ 別途書類の提出をお願いする事があります。

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

2021年 4 月 1 日

町田市長 様

(名称) 株式会社〇〇〇〇

申請者

(代表者の職名・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、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	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) 東京都町田市森野2-2-22						
	連絡先	電話番号	042-***-****	FAX番号	042-***-****			
		Email	*****@****					
代表者の職名、氏名及び生年月日	職名	代表取締役	フリガナ 町田 タロウ 氏 名 町田 太郎	生年月日 19**年**月**日				
代表者の住所	(郵便番号 ** — **) 東京都町田市*****							
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			○		2021年6月1日	
		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 護 着 地 域 密 着 型 介 護 予 防 サ ー ビ ス	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 事 業	サ ー ビ ス 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 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

2021年4月1日

町田市長 様

(住所) 東京都町田市*****

申請者 (名称) 株式会社〇〇〇〇

(代表者の職名・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	139*****	
指定内容を変更した事業所		名称	デイサービス〇〇〇〇	
		所在地	東京都町田市*****	
サービスの種類		地域密着型通所介護		
変更年月日		2021年4月1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)			8 : 管理者の変更 町田 太郎
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			
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費の請求に関する事項			8 : 管理者の変更 町田 次郎
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	デイサービス〇〇〇 事務 町田 三郎	連絡先	電話番号 042-***-**** FAX番号 042-***-****	

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

2021年4月1日

町田市長 様

申請者 (名称) 株式会社〇〇〇〇
(代表者の職名・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	137*****
再開した事業所	名称	デイサービス〇〇〇
	所在地	東京都町田市*****
サービスの種類	地域密着型通所介護	
再開した年月日	2021年4月1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

2021年4月1日

町田市長 様

(住所) 東京都町田市*****

申請者 (名称) 株式会社〇〇〇〇

(代表者の職名・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	137*****
廃止・休止する事業所	名称	デイサービス〇〇〇
	所在地	東京都町田市*****
サービスの種類	地域密着型通所介護	
廃止・休止の別	廃止・休止	
廃止・休止する年月日	2021年5月31日	
廃止・休止する理由	理由記載	
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置	措置を記載	
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

2021年 4 月 1 日

町田市長 様

(名称) 株式会社〇〇〇〇
 申請者 代表取締役
 (代表者の職名・氏名) 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、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	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) 東京都町田市*****			
	連絡先	電話番号	042-***-****	FAX番号	042-***-****
		Email	*****@****		
	代表者の職名、氏名及び生年月日	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
代表者の住所	(郵便番号 *** — ****) 東京都町田市*****				
事 業 所	事業等の種類	地域密着型通所介護			
	事業所番号	137*****			
	指定有効期限	2021/5/31			
	フリガナ	デイサービス〇〇〇			
	名 称	デイサービス〇〇〇			
	所在地	(郵便番号 194 — 8520) 東京都町田市森野*-*-*			
	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	マチダ ジロウ		生年月日	****年**月**日
	氏名	町田 二郎			
	住所	(郵便番号 194 — ****) 東京都町田市*****			

付表 10 指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	マチダシヤクシヨキヨタクカイゴシエン			
	名称	町田市役所居宅介護支援			
	所在地	(郵便番号 194 - 8520)			
		町田市森野2-2* 市役所ビル703			
連絡先	電話番号	042-724-****	FAX 番号	042-724-****	
	Email	machidakyotaku@ikiikimachida.jp			
管理者	フリガナ	マチダ ハナコ	住所	郵便番号 194 - 0022	
	氏名	町田 花子		町田市森野1-1-**	
	生年月日	1981年1月1日			
	当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無				<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	名称	町田市役所ヘルパーセンター		
	兼務する職種 及び勤務時間等	管理者 9:00~10:00			
○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			
		専従	兼務		
		常勤(人)	5	1	
非常勤(人)					
事業開始時の利用者の推定数		210			
営業日	月曜日～土曜日(祝日及び年末年始は除く)				
営業時間	9 : 00 ~ 18 : 00				
添付書類	別添のとおり				

■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

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。

《提出不要》

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 記入方法 (居宅介護支援)

- …… 直接入力する必要がある箇所です。
 …… プルダウンから選択して入力する必要がある箇所です。 } 下記の記入方法に従って、入力してください。

なお、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」に「シフト記号表(勤務時間帯)」も必ず添付して提出してください。

・最初に「年月欄」「サービス種別」「事業所名」を入力してください。

- (1) 「4週」・「暦月」のいずれかを選択してください。
- (2) 「予定」・「実績」・「予定・実績」のいずれかを選択してください。(「予定・実績」は予定と実績が同じだったことを示す場合に選択してください。)
- (3) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数を入力してください。
- (4) 利用者の数(新規・再開の場合は推定数)を入力してください。
- (5) 従業者の職種について、下記のうち該当する職種をプルダウンより選択してください。(直接入力も可能です。)
記入の順序は、職種ごとにまとめてください。

No	職種名
1	管理者
2	介護支援専門員
3	介護予防支援担当職員

- (6) 従業者の勤務形態について、下記のうち該当する区分の記号をプルダウンより選択してください。
記入の順序は、各職種の中で勤務形態の区分ごとにまとめてください。

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

〔注〕常勤・非常勤の区分について

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していることをいいます。**雇用の形態は考慮しませ**
(例えば、常勤者は週に40時間勤務することとされた事業所であれば、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業者は常勤扱いとなります。)

- (7) 従業者の保有する資格について、該当する資格名称をプルダウンより選択してください。(直接入力も可能です。)
保有資格を全て記入するのではなく、人員基準上、求められる資格等を入力してください。
※選択した資格及び研修に関して、必要に応じて、資格証又は研修修了証等の写しを添付資料として提出してください。
- (8) 従業者の氏名を記入してください。
- (9) 申請する事業に係る従業者(管理者を含む。)の1ヶ月分の勤務時間を入力してください。
※ 指定基準の確認に際しては、4週分の入力で差し支えありません。
- (10) 従業者ごとに、合計勤務時間数が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。
※ 入力することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とします。
- (11) 従業者ごとに、週平均の勤務時間数が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。
- (12) 申請する事業所以外の事業所・施設との兼務がある場合は、兼務先の事業所・施設の名称、兼務する職務の内容について記入してください。
同一事業所内の兼務についても兼務する職務の内容を記入してください。
その他、特記事項欄としてもご利用ください。
- (13) 【任意入力】常勤換算による配置が求められる職種について、各欄に該当する数字を入力し、常勤換算後の人数を算出してください。
○ 常勤換算方法とは、非常勤の従業者について「事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者については常勤換算方法によらず、実人数で計算する。
したがって、勤務形態「A:常勤で専従」及び「B:常勤で兼務」については、実態に応じて「常勤換算の対象時間数」及び「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」を確認し、手入力すること。
○ 職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものと、1(常勤)として取り扱うことが可能です。この場合、勤務形態の記号は「A」または「B」とし、人員基準の確認の表においては、「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」の欄に1(人)として入力してください。また、「(11)兼務状況等」の欄に「短時間勤務制度利用」と記入してください。

【留意事項】

- ・初期設定では、誤入力防止のため「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のシートに保護がかかっていますので、行の追加・削除等を行う場合は「シートの保護」を解除してください。(「校閲」⇒「シート保護の解除」をクリック。PWは設定していません。再度、シートを保護する場合は、「シートの保護」⇒「OK」をクリック。)
- ・従業者の入力行が足りない場合は、適宜、行を追加してください。その際、計算式及びプルダウンの設定に支障をきたさないよう留意してください。
- ・「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」(参考様式)には計算式を設定していますが、入力の補助を目的とするものですので、結果については作成者の責任にご確認ください。
- ・必要項目を満たしていれば、各事業所で使用するシフト表等をもって代替書類として差し支えありません。

【記載】

(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 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	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			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	○○ A郎	8	8			8	8	8	8	8	8			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	○○ B子	8	8			8	8	8	8	8	8			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	○○ C子	8	8			8	8	8	8	8	8			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	○○ D子	4	4			4	4	4	4	4	4			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		

(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		常勤換算の対象時間数		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
常勤換算の対象時間数 (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

(参考)「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」の必要項目一覧

		夜間対応型 訪問介護	認知症対応型 通所介護 (予防)	小規模多機能 型居宅介護 (予防)	認知症対応型 共同生活介護 (予防)	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	定期巡回・ 随時対応型 訪問介護看護	複合型サービ ス(看護小規 模多機能型居 宅介護)	地域密着型 通所介護	療養通所介護	居宅介護支援 /介護予防支 援
サービス共通	サービス種別	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	事業所名	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	職種	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	勤務形態(常勤・非常勤/専従・兼務)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	資格・修了研修	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	氏名	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	日々の勤務時間(勤務時間帯)/従業者(※1)ごと	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●(※4)
	当月の勤務時間数合計/従業者(※1)ごと	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	兼務状況(兼務内容、兼務先)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	常勤の従業者が勤務すべき時間数	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
利用者(入所者・入院患者)の数	-	●	●	●	●	●	-	●	●	●	●	
通所サービス	サービス提供の単位	-	●	-	-	-	-	-	-	●	●	-
	サービス提供時間帯	-	●	-	-	-	-	-	-	●	●	-
	サービス提供時間内の勤務時間数/従業者(※1)ごと	-	●	-	-	-	-	-	-	●	●	-
	サービス提供時間内の勤務延時間数(※2)	-	●	-	-	-	-	-	-	●	-	-
居住・施設 サービス	サービス提供時間数(平均提供時間数)(※3)	-	●	-	-	-	-	-	-	●	-	-
	ユニット(ユニット型の場合)	-	-	-	●	-	●	-	-	-	-	-
宿直	宿直	-	-	●	-	-	-	-	●	-	-	-
	夜勤時間帯(夜間・深夜時間帯)/宿直時間帯	-	-	●	●	-	-	-	●	-	-	-

(※1)従業者:ここでは人員に関する基準で規定されている職種の従業者を指します。

(※2)サービス提供時間内の勤務延時間数:サービス提供時間内に勤務する時間数の合計をいいます。

(※3)平均提供時間数:利用者ごとの提供時間数の合計を利用者数で除して得た数

(※4)「勤務時間帯」の代わりに「勤務時間数」でも可

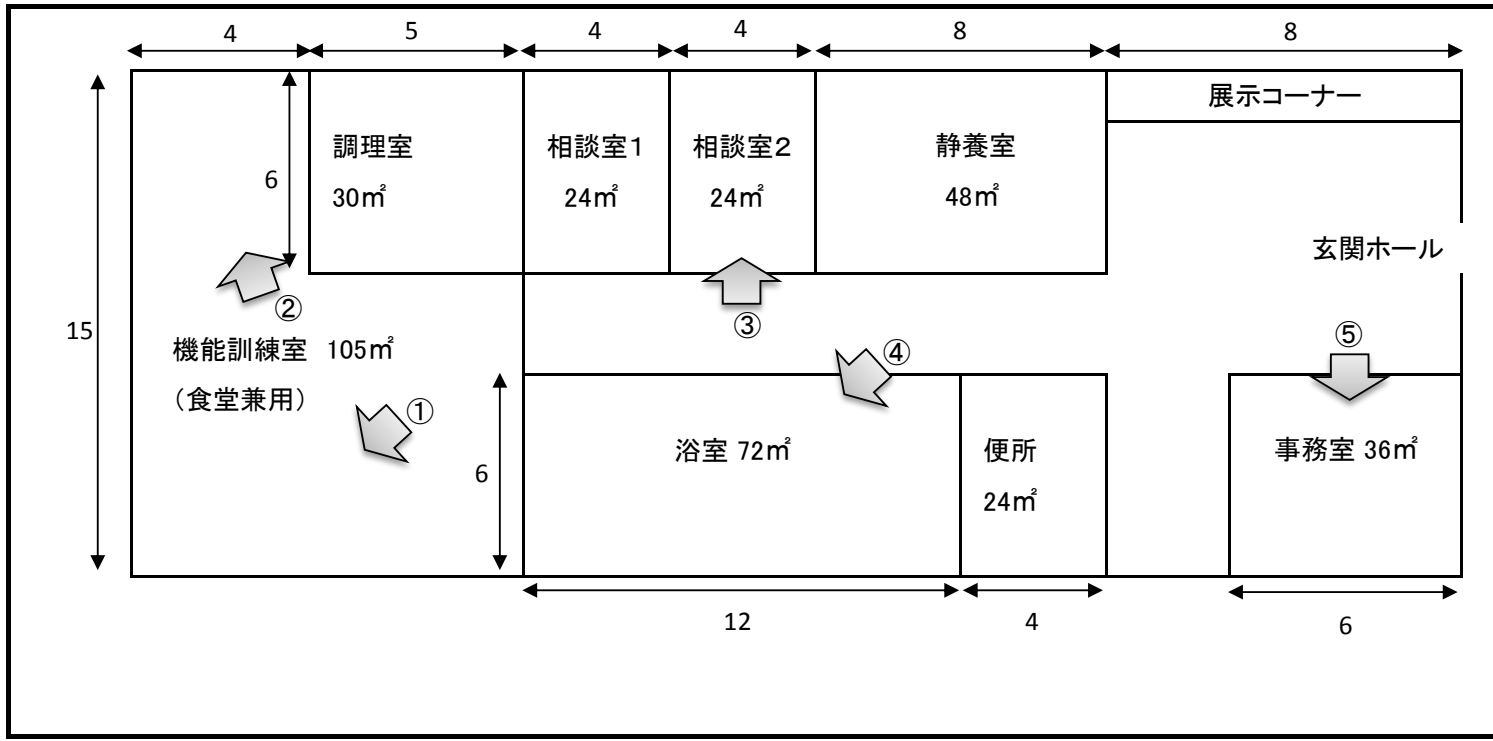
(※5)共用型指定認知症対応型通所介護事業所の場合は、設備を共用するサービス(指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護、指定地域密着型特定施設または指定地域密着型介護老人福祉施設)の項目についても必要です。

【留意事項】

- ・上表は人員配置基準を確認するために、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」として必要な項目をサービス種別ごとにまとめたものです。人員配置基準の詳細は各サービスの指定基準を確認してください。
- ・人員配置基準の確認に必要な項目であっても、他の資料(申請書・付表、運営規程等)で確認可能なものは「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」の必要項目とはしていません。(例:事業所の営業日、営業時間、定員など)
- ・上表に記載された項目であっても、他の提出資料によって確認が可能な場合は、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」上に記載がなくとも差し支えありません。

(参考様式3)
平面図

事業所・施設の名称	デイサービス〇〇〇
-----------	-----------



部屋の面積がわかるようにしてください。

※通所系サービスの「食堂及び機能訓練室」については、計算式もあわせて記載してください。

<例>
 $15 \times 9 = 135$
 $5 \times 6 = 30$
 $135 - 30 = 105$

どの方向から撮影した写真かがわかるように、矢印及び番号等を記載してください。

- 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	デイサービス町田市役所
申請するサービス種類	地域密着型通所介護

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-****	
担当者名	管理者 町田 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)			
担当者が不在の場合の対応方法 生活相談員 本町田 愛子が聞き取りを行い、管理者へ伝える。				
【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				
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				

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

2018年 12月 10日

町田市長 様

申請者 (名称)

株式会社 町田市役所介護サービス

(代表者の職名・氏名)

代表取締役 町田 花子

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。
- 2 暴力団を使用し、又は暴力団員等を雇用していないこと。

<input type="radio"/>	別紙①: 地域密着型サービス事業所向け(介護のみ)
<input type="radio"/>	別紙②: 地域密着型サービス事業所向け(介護・予防)
<input type="radio"/>	別紙③: 居宅介護支援事業所向け
<input type="radio"/>	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○)

別紙③： 居宅介護支援事業所向け
介護保険法第79条第2項

【介護保険法第79条第2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介護支援専門員の人員が、第八十一条第一項の市町村の条例で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第八十一条第二項に規定する指定居宅介護支援の事業の運営に関する基準に従って適正な居宅介護支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 三の二 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。
- 四 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。
- 四の二 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。
- 四の三 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。
- 五 申請者が、第八十四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消し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し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し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、指定居宅介護支援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居宅介護支援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居宅介護支援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。
- 五の二 申請者と密接な関係を有する者が、第八十四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消し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、指定居宅介護支援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居宅介護支援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居宅介護支援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 申請者が、第八十四条第一項又は第百十五条の三十五第六項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八十二条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。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 六の二 申請者が、第八十三条第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第八十四条第一項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより市町村長が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第八十二条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。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

- 六の三 第六号に規定する期間内に第八十二条第二項の規定による事業の廃止の届出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。）の役員等又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で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 七 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。
- 八 申請者が、法人で、その役員等のうちに第三号の二から第五号まで又は第六号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 九 申請者が、法人でない事業所で、その管理者が第三号の二から第五号まで又は第六号から第七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
マチダ ハナコ 町田 花子	*****	有
モリノ タロウ 森野 太郎	*****	無

(参考様式12)

関係区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

事業所又は施設名	町田市役所居宅介護サービス
申請するサービス種類	居 宅 介 護 支 援

こちらはあくまで記載例です。
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。

<p>1 町田市との連携内容</p> <ul style="list-style-type: none">・サービス提供前の受給資格の確認等 <p>○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。</p> <p>○不明点等がある場合は、市役所担当課に確認する。</p> <ul style="list-style-type: none">・居宅サービス計画の作成等 <p>○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。</p> <p>○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。</p> <ul style="list-style-type: none">・利用者に関する通知 <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none">・事故発生時の対応等 <p>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。</p> <p>2 他の保健医療・福祉サービス提供主体との連携の内容</p> <ul style="list-style-type: none">・サービス提供困難時の対応 <p>当該事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、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。</p> <ul style="list-style-type: none">・指定居宅サービス事業者との連携 <p>○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。</p> <p>○円滑なサービス利用へとなげられるよう、各事業者の担当者とも連絡を密に行う。</p> <ul style="list-style-type: none">・介護保険施設との連携 <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none">・事故発生時の対応等 <p>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。</p> <p>3 その他参考事項</p> <p>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。</p>	
---	--

(参考様式16)

運営規程新旧対照表

サービス種類 認知症対応型共同生活介護
事業所名 町田市役所福祉サービス

変更前	変更後
<p>(主たる事業所の名称及び所在地)</p> <p>第3条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。 (1) 名称 町田市役所福祉サービス (2) 所在地 <u>町田市森野1-**-**</u></p> <p>附則 この規程は、2011年4月1日から施行する。</p>	<p>(主たる事業所の名称及び所在地)</p> <p>第3条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。 (1) 名称 町田市役所福祉サービス (2) 所在地 <u>町田市森野2-**-**</u></p> <p>附則 この規程は、2011年4月1日から施行する。</p> <p>附則 この規程は、2018年4月1日から施行する。</p>

(参考様式19)

管理者確保のための計画書

事業所等情報

介護保険事業所番号	1	3	7	*	*	*	*	*	*	*
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

事業者・開設者	フリガナ	カブシキカイシャマチダシヤクショカイゴサービス
	名称	株式会社町田市役所介護サービス
事業所等の名称	フリガナ	マチダシヤクショキョタクカイゴシエン
	名称	町田市役所居宅介護支援

1. 主任介護支援専門員を管理者とすることが困難である理由

前任管理者がやむを得ない事情にて急遽退職することとなり、当法人内で主任介護支援専門員を保有する職員がいないため、主任介護支援専門員を保有する職員を管理者として配置できない。

※ 当該状況を把握できる書類を提出し、代替することも可。

2. 1. の理由が解消される見込み

※解消の見込みに係る計画内容(方法、工程等)と時期を可能な限り具体的に記載すること
東京都主任介護支援専門員研修の受講要件を満たす当該事業所の職員〇〇 〇〇を管理者として配置いたします。

****年**月**日までに介護保険課給付係へ、東京都主任介護支援専門員研修(第〇期)の申込を行います。
町田市の推薦及び東京都の受講基準に適切と認められた場合は、以下のスケジュールにて受講いたします。

【受講スケジュール】
****年**月**日～****年**月**日(計**日間)の研修を受講します。

※ 当該状況を把握できる書類を提出し、代替することも可。

2021年*月**日 (法人名) 株式会社町田市役所介護サービス
(代表者名) 代表取締役 町田 花子