

【 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	ヘルパーステーション▽△▽△										
		所在地	東京都町田市*****										
サービスの種類		介護予防訪問介護相当サービス・緩和した基準による訪問型サービス（定率）											
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											
	事業所の名称	(変更前)											
	事業所の所在地	管理者の変更 町田 太郎											
	申請者の名称												
	主たる事務所の所在地												
	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名												
	登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)												
	事業所の建物の構造及び平面図並びに設備の概要	(変更後)											
	利用者の推定数、利用者の定員	管理者の変更 東京 次郎											
○	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所												
	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴												
	運営規程												
	その他												

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 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	*	*	*	*	*	*	*	*
	法人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
再開した事業所	名称	ヘルパーステーション▽△▽△										
	所在地	東京都町田市*****										
サービスの種類	介護予防訪問介護相当サービス 緩和した基準による訪問型サービス（定率）											
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っては、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 】

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	137*****
	法人番号	*****
廃止(休止)する事業所	名称	ヘルパーステーション▽△▽△
	所在地	東京都町田市*****
サービスの種類	介護予防訪問介護相当サービス・緩和した基準による訪問型サービス(定率)	
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	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。 例 事業所の統廃合のため	
現にサービスを受けている者に対する措置	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。 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 】

指定介護予防・日常生活支援総合事業事業所

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 ***** 府 県 町 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												
	代表者の職名・氏 生年月日	職名	代表取締役		フリガナ 氏 名	マチダ タロウ 町田 太郎		生年 月 日	19****年**月**日					
		(郵便番号 *** - **** ) 東京 都 道 町田 市 区 ***** 府 県 町 村												
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に <input checked="" type="checkbox"/>														
指 定 事 業 を 受 け の よ う な 種 類 と す る	同一所在地において行う事業等の種類	指定申請 対象事業等 (該当事業に○)	既に指定(登録)を受け ている事業等 (該当事業に○)		指定申請をする事業等 の開始予定年月日	様 式								
	介護予防訪問介護相当サービス	○			2024年6月1日	付表第 三号 (一)								
	緩和した基準による訪問型サービス(定率)	○			2024年6月1日									
	緩和した基準による訪問型サービス(定額)													
	介護予防通所介護相当サービス					付表第 三号 (二)								
	緩和した基準による通所型サービス(定率)													
	緩和した基準による通所型サービス(定額)													
既に指定(登録)を受けてい る事業所の種類(該当に○)		訪問介護												
		基準該当訪問介護												
		通所介護												
		基準該当通所介護												
		地域密着型通所介護												
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)												
指定を受けている他市町村名														
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
- 「指定申請対象事業等」「既に指定(登録)を受けている事業等」の欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
  - 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
  - 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。
  - 指定を受けようとする事業所の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。

【 記 載 例 】

指定更新申請書

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

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										
者	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				
					氏 名	町田 太郎				19***年**月**日			
	代表者の住所	(郵便番号 *** - **** ) 東京 都 道 町田 市 区 ***** 府 県 町 村											
事 業 所	事業等の種類	介護予防訪問介護相当サービス・ 緩和した基準による訪問型サービ ス(定率)				介護保険事業所番号	137*****						
	指定有効期間満了日	2024年5月31日											
	フリガナ	ヘルパーステーション▽△▽△											
	名称	ヘルパーステーション▽△▽△											
	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												
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 道 町田 市 区 ***** 府 県 町 村											

- 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 】

付表第三号(一) 訪問型サービス事業所の指定等に係る記載事項

サービス種別の読み替えについて

- ・国基準型指定第1号訪問事業＝介護予防訪問介護相当サービス
- ・市基準型指定第1号訪問事業＝緩和した基準による訪問型サービス(定額)

サービス種類(該当に○)	介護予防訪問介護相当サービス	○	緩和した基準による訪問型サービス	定率	○	
				定額		
事業所	法人番号	*****				
	フリガナ	ヘルパーステーション▽△▽△				
	名 称	ヘルパーステーション▽△▽△				
	所在地	(郵便番号 *** - ****) 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			
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)		サービス提供責任者			
	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	他の事業所にて兼務している場合 は兼務の状況を記載してください。			
		兼務先のサービス 種別、兼務する職種 及び勤務時間等				
○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		訪問介護員等				
		専 従	兼 務			
常 勤(人)		0	1			
非常勤(人)		6	1			
常勤換算後の人数(人)		2.5				
利用者の推定数(人)		18				
サービス提供 責任者 ※介護予防訪問介護相当サービス 該当時	フリガナ	○○ ●●	住所	(郵便番号 *** - ****)		
	氏 名	○○ ●●		○○○○○○○○○○		
	フリガナ	◇◇ ◆◆	住所	(郵便番号 *** - ****)		
	氏 名	◇◇ ◆◆		◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇		
添付書類		別添のとおり				

【注意】  
町田市では「緩和した基準による訪問型サービス(定額)」は設定していませんので、注意してください。

サービス提供責任者の人数が多い場合は、「(参考)付表第三号(一)」もしくは「(参考2)付表第三号(一)」へ追加して記入してください。

(訪問型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ	ヘルパーステーション▽△▽△				
	名 称	ヘルパーステーション▽△▽△ ◎◎出張所				
	所在地	(郵便番号 *** - ****) 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			

新たに申請する場合には記入してください。  
又は、出張所の設置が認められている場合には必ず記入してください。

連絡先の電話番号は主たる事業所と別の番号を記入してください。出張所のFAX番号やEmailアドレスが無い場合は主たる事業所と同じものでも問題ありません。

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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
- 2 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。
- 3 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。
- 4 「介護予防訪問介護相当サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の6第1号で定める基準に基づき行われるサービスを、「緩和した基準による訪問型サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の6第2号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。

2024年4月から市基準型指定第1号訪問事業の「訪問事業責任者」の名称を、国基準型指定第1号訪問事業と同じ「サービス提供責任者」と変更しました。国基準型指定第1号訪問事業と市基準型指定第1号訪問事業のサービス提供責任者を兼ねる場合でも、氏名の重複記載は不要です。なお、国基準型指定第1号訪問事業のみ、又は、市基準型指定第1号訪問事業のみのサービス提供責任者である場合は、氏名の横に「国基準のみ」「市基準のみ」と記載をお願いします。

## 【 記 載 例 】

(参考) 訪問型サービス事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

### ■サービス提供責任者

サービス提供責任者 ※介護予防訪問介護相当サービス該当時	フリガナ	□□ ■■	住所	(郵便番号 *** - ****)
	氏 名	□□ ■■		□□□□□□□□□□□□
	フリガナ	△△ ▲▲	住所	(郵便番号 *** - ****)
	氏 名	△△ ▲▲(市基準のみ)		△△△△△△△△△△△△
	フリガナ			(郵便番号)
	氏 名			

付表第三号(一)のサービス提供責任者欄に記載しきれない場合はこちらに記載してください。

この「(参考)付表第三号(一)」の「サービス提供責任者」欄にも記載しきれない場合は別の「(参考2)付表第三号(一)」を利用して記載してください。

(訪問型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

### ■複数事業所

事業所	フリガナ	
	名 称	
	所在地	(郵便番号 - ) 都 道 市 区 府 県 町 村

現在町田市では複数個所の出張所を認めていないため、この「(参考)付表第三号(一)」の「訪問型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合」欄に記載しないでください。

## 【 記載例 & 注意事項 】

(別添)

### 付表第三号(一) 訪問型サービス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(☑を記載)

#### 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 checked="" type="checkbox"/> 添付 <input 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 type="checkbox"/> 添付 <input checked="" type="checkbox"/> 添付省略	
3	サービス提供責任者の経歴 ※3 ※介護予防訪問介護相当サービス		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input checked="" type="checkbox"/> 添付省略	
4	平面図	標準様式2	<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4	<input type="checkbox"/> 添付	<input checked="" type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	誓約書	標準様式5	<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(指定権者が不要と認めた書類を除く)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能ですが、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「サービス提供責任者の経歴」は、次の書類に代えることが可能です(通知「指定訪問介護事業者の指定申請等におけるサービス提供責任者の経歴に係る提出書類の取扱いについて」(平成20年7月29日老振発第0729002号))。
- (1)介護福祉士の場合、「介護福祉士登録証」
  - (2)介護職員基礎研修課程修了者及び訪問介護に関する1級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」
  - (3)訪問介護に関する2級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」及び「3年以上介護等の業務に従事したことがわかる書類」

#### 提出者(問合先)

事業所名	ヘルパーステーション▽△▽△
担当者名	町田 二郎
電 話	042-***-****
メールアドレス	*****@*****.jp

## 注意

- ・「従業者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。)
- ・訪問介護員の方の資格証の提出をお願いします。
- ・平面図に指定された写真を添付してください。
- ・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。

(1) 4 週  
(2) 予定  
(3)事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数 40 時間/週  
当月の日数 30 日

## 【 記 載 例 】

No	(4) 職種	(5) 勤務 形態	(6) 資格	(7) 氏 名	1週目							2週目							3週目							4週目							5週目			(9)1～4週 目の勤務 時間数合 計	(10) 週平均 勤務時間数	(11) 兼務状況 (兼務先／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 〇〇	8	8	8			8	8	8	8	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	8			8	8			160	40	定期巡回と兼務			
2	サービス 提供責任 者	A	介護福祉士	〇〇 〇〇	8	8		8	8	8		8	8		8	8		8	8		8	8		8	8		8	8		8	8			160	40			
3	訪問介護 員	A	実務者研修修了者	〇〇 〇〇		8	8		8	8	8		8	8		8	8		8	8		8	8		8	8		8	8		8	8			160	40		
4	訪問介護 員	C	介護職員初任者研修修了者	〇〇 〇〇	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4			80	20		
5	訪問介護 員	C	介護職員初任者研修修了者	〇〇 〇〇	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4			80	20		
6	訪問介護 員	C	介護職員初任者研修修了者	〇〇 〇〇		4	4	4	4		4		4	4	4	4		4	4	4	4		4	4	4	4	4			4	4	4	4			80	20	
7	訪問介護 員	C	介護職員初任者研修修了者	〇〇 〇〇	4		4	4		4	4	4		4	4		4	4		4	4		4	4		4	4			4		4			68	17		
8	訪問介護 員	C	介護職員初任者研修修了者	〇〇 〇〇	4		4	4			4	4		4	4			4	4		4	4		4	4		4	4			4				64	16		
9	訪問介護 員	C	介護職員初任者研修修了者	〇〇 〇〇	4		4	4				4		4	4		4		4	4		4		4	4		4		4						60	15		
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		

この部分も忘れずに記載してください。

新規指定の場合、指定月、指定月の翌月、指定月の翌々月を記載してください。

この部分も忘れずに記載してください。

新規指定の場合、指定月、指定月の翌月、指定月の翌々月を記載してください。

まちいきヘルパーについて、

他の職種と兼務している場合等に記載してください。

この部分も忘れずに記載してください。

新規指定の場合、指定月、指定月の翌月、指定月の翌々月を記載してください。

この部分も忘れずに記載してください。

新規指定の場合、指定月、指定月の翌月、指定月の翌々月を記載してください。

他の職種と兼務している場合等に記載してください。

まちいきヘルパーについて、訪問介護員等の員数2.5以上を含むことはできないため、別シートに記載をお願いします。

※介護予防訪問介護相当サービスの利用者の場合  
(12)サービス提供責任者の配置基準(前3か月の利用者数)  
(新規申請の場合は推定数)

	1月	2月	3月	合計
要介護者	30	31	31	92
要支援者等	15	16	15	46
合計	45	47	46	138
(平均利用者数)				46.0

平均利用者数 (※) 46.0 ÷ 40 = 1.2 ⇒ 1.2人以上  
(小数点第1位に切り上げ)

(※) 以下の要件を全て満たす場合、利用者の数が50人または

その端数を増すごとに1人以上で可

・常勤のサービス提供責任者を3人以上配置

・サービス提供責任者の業務に主として従事する者を1人以上配置

・サービス提供責任者が行う業務が効率的に行われている

(13)【任意入力】人員基準の確認(訪問介護員)

勤務形態	勤務時間数合計		常勤換算後の時間数	
	当月合計	週平均	当月合計	週平均
A	320	80	0	0
B	0	0	0	0
C	432	108	432	108
D	0	0	0	0
合計	752	188	432	108

■ 常勤換算方法による人数基準:

常勤換算の対象時間数(週平均) 108 ÷ 常勤の従業員が週に勤務すべき時間数 40 = 常勤換算後の人数 2.7  
(小数点第2位以下切)

■ 訪問介護員等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員の数 2 + 常勤換算方法による人数 2.7 = 合計 4.7人

(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

勤務表を4週で入力した場合は「週」、暦月で入力した場合は「暦月」を選択してください。

出張所が設置されている場合は、勤務形態一覧表は主たる事業所と出張所の2部必要となります。

まちいきヘルパーの場合

【 記 載 例 】

(1) 4週  
(2) 予定  
(3)事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数 40 時間/週 160 時間/月  
当月の日数 30 日

No	(4) 職種	(5) 勤務 形態	(6) 資格	(7) 氏 名	(8)																												(9)1～4週 目の勤務 時間数合 計	(10) 週平均 勤務時間数	(11) 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 金	2 土	3 日	4 月	5 火	6 水	7 木	8 金	9 土	10 日	11 月	12 火	13 水	14 木	15 金	16 土	17 日	18 月	19 火	20 水	21 木	22 金	23 土	24 日	25 月	26 火	27 水	28 木					
1	訪問介護員	C	まちいきヘルパー	〇〇 〇〇	4		4	4			4	4		4	4		4	4		4	4		4	4		4	4		4			64	16				
2	訪問介護員	C	まちいきヘルパー	〇〇 〇〇	4		4	4			4		4	4		4		4	4		4		4		4	4		4			60	15					
3																															0	0					
4																															0	0					
5																															0	0					
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					

必ずまちいきヘルパーを  
選択してください。


まちいきヘルパーについて、  
訪問介護員等の員数2.5以上を含むことはできな  
いため、ご注意ください。

必ずまちいきヘルパーを選択してください。

まちいきヘルパーについて、訪問介護員等の員数2.5以上を含むことはできないため、ご注意ください。

(標準様式2)  
平面図

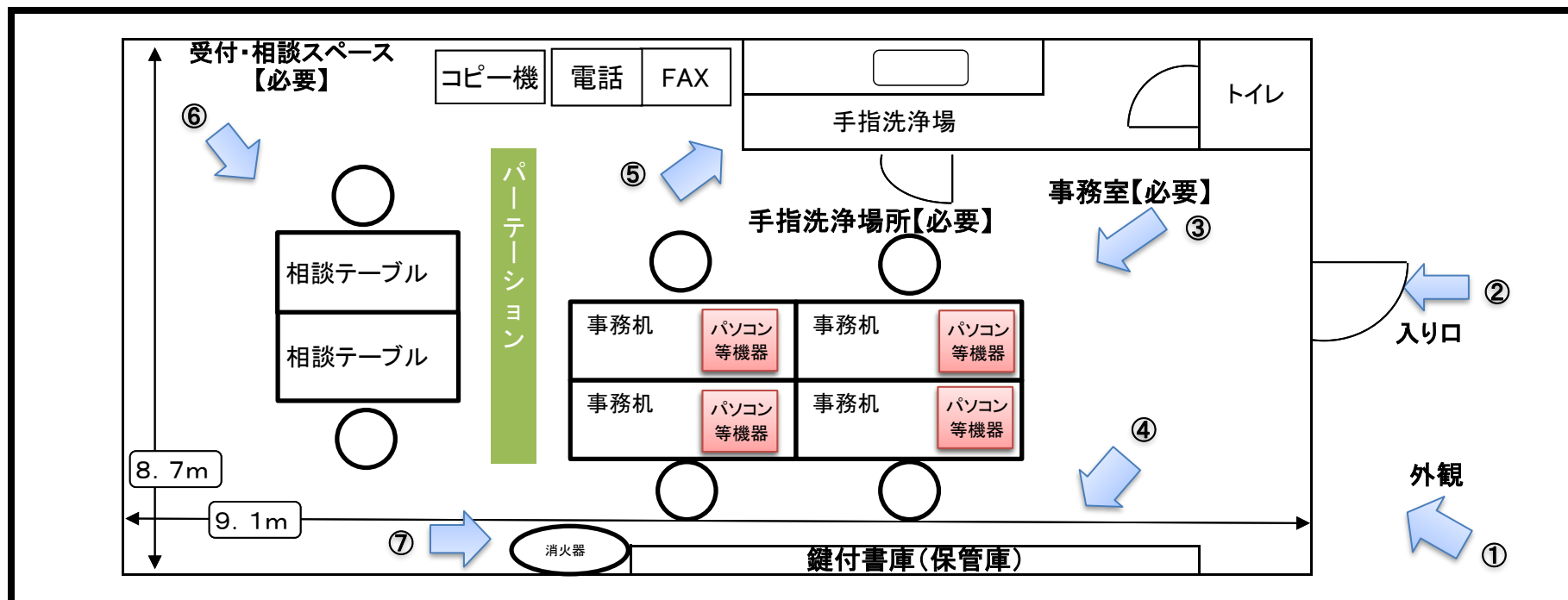
## 【記載例】

※図中の矢印 は写真を撮る方向の例です。

写真の番号と平面図は一致させてください。

事業所・施設の名称

ヘルパーステーション▼▼▼▼



- 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。

## 【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。

## 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	介護予防訪問介護相当サービス
申請するサービス種類	ヘルパーステーション▼▼▼▼

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）と担当者の氏名

【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】〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

【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共に対策を協議する。  
 ③ご利用者様に対策をご説明し、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5)

## 【 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5「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、介護保険法第115条の45の5第2項に規定する（法第115条の45の5第2項の厚生労働省令で定める基準）  
令第36号 介護保険法施行規則第140条の63の6）に従って適正に第一号事業を行うことができないと認められるものに該当しないことを誓います。

記

「町田市総合事業要領抜粋」の内容を確認してください。

#### 【介護保険法施行規則第140条の63の6】

(法第115条の45の5第2項の厚生労働省令で定める基準)

法第115条の45の5第2項に規定する厚生労働省令で定める基準は、市町村が定める基準であって、次のいずれかに該当するものとする。

- 一 第一号事業（第一号生活支援事業を除く。）に係る基準として、次に掲げるいずれかに該当する基準
- イ 介護保険法施行規則等の一部を改正する省令（平成27年厚生労働省令第4号）附則第2条第3号若しくは第4条第3号の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号。ロにおいて「旧指定介護予防サービス等基準」という。）に規定する旧介護予防訪問介護若しくは旧介護予防通所介護に係る基準の例による基準又は指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第37号。ロにおいて「指定介護予防支援等基準」という。）に規定する介護予防支援に係る基準の例による基準
- ロ 旧指定介護予防サービス等基準に規定する基準該当介護予防サービス（旧介護予防訪問介護及び旧介護予防通所介護に係るものに限る。）に係る基準又は指定介護予防支援等基準に規定する基準該当介護予防支援に係る基準の例による基準
- ハ 平成26年改正前法第54条第1項第3号又は法第59条第1項第2号に規定する離島その他の地域であって厚生労働大臣が定める基準に該当するものに住所を有する居宅要支援被保険者等が、平成26年改正前法第54条第1項第3号又は法第59条第1項第2号に規定するサービスを受けた場合における当該サービスの内容を勘案した基準
- ニ 第一号事業に係る基準として、当該第一号事業に係るサービスの内容等を勘案した基準（前号に掲げるものを除く。）

【 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5(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。

## 【 記 載 例 】

## 出張所設置誓約書

事業所番号	000000000000
主たる事業所の名称	〇〇△訪問介護事業所
サービス種類	指定第1号訪問事業
出張所の名称	〇〇△訪問介護事業所▲■●出張所
出張所の所在地	町田市〇〇1-1-1

1. 人員基準に係る事項	有	無
① 主たる事業所及び出張所全体で訪問介護員等の員数は常勤換算で2.5人以上である。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② サービス提供責任者は、主たる事業所と出張所の利用者数の合計に対して必要数配置している。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 管理者及びサービス提供責任者がその責務を十分果たせるよう適切に人員を配置している。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 設備基準に係る事項	有	無
① 事業の運営に必要な広さを有する専用の事務室を有している。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 感染症予防に必要な設備を有している。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 個人情報に関する文書等を管理するための鍵付書庫等を有している。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 出張所と主たる事業所との一体的運営に係る事項	有	無
① 利用申込みにかかる調整、サービス提供状況の把握、職員に対する技術指導等を一体的に行える体制がある。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 職員の勤務体制、勤務内容等が一元的に管理できる体制にある。必要な場合に随時、主たる事業所や他の出張所等との間で相互支援が行える体制（例えば、当該出張所の従業者が急病等でサービスの提供ができなくなった場合に、主たる事業所から急遽代替要員を派遣できるような体制）にある。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制にある。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 事業の目的や運営方針、営業日や営業時間、利用料等を定める同一の運営規程を定めている。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 人事、給与・福利厚生等の勤務条件等による職員管理を一元的に行える体制にある。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 出張所を運営するにあたり管理者等が配慮すべき事項	可	否
① 管理者は、定期的に出張所を訪問し、出張所の指定基準を満たすよう管理を徹底すること。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 管理者又はサービス提供責任者は、出張所に配置される訪問介護員等と「第1号訪問事業計画」、「訪問型サービス計画」の内容について情報を共有し、必要があれば見直しをするなど適切な対応をすること。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 管理者又はサービス提供責任者は、出張所に配置される訪問介護員等からサービス提供方法を報告させ把握するとともに、適切な指導をすること。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- A. 今回の出張所の設置にあたって、上記全ての誓約事項の内容を理解した上で満たしていること。  
B. 上記すべての誓約事項を確認するための調査に積極的に協力するとともに、誓約事項を満たしていないことが確認できた場合は、ただちに出張所を休止又は廃止すること。

上記事項A及びBについて誓約します。

なお、事業の運営にあたっては、関係法令等を遵守することを誓約します。

法人の所在地等を  
記入してください。

2025 年 6 月 15 日

町田市長 様

所在地  
申請者 名称  
代表者 職名・氏名

町田市〇〇2-2-2  
株式会社〇〇△  
代表取締役 ☆☆ ☆☆

【 記 載 例 】

# 出張所設置理由書

事業所番号	0000000000
主たる事業所の名称	〇□△訪問介護事業所
サービス種類	指定第1号訪問事業
出張所の名称	〇□△訪問介護事業所▲■●出張所
出張所の所在地	町田市〇〇1-1-1

## 利用者へのサービス提供の観点からの理由

利用者へのサービス提供の観点からの理由を**必ず記入**してください。

## 効率的な事業実施の観点からの理由

効率的な事業実施の観点からの理由を**必ず記入**してください。

## その他の理由

その他の理由があれば記入してください。