

【 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 ダイサービス▲▲▲▲▲											
		所在地 東京都町田市*****											
サービスの種類		介護予防通所介護相当サービス・緩和した基準による通所型サービス（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													
申請者の名称													
主たる事務所の所在地		管理者の変更 町田 太郎											
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													
○ 事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所		変更の内容は分かりやすく、変更前と変更後を記入すること。 管理者の変更 東京 次郎											
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	デイサービス▲▲▲▲▲												
	所在地	東京都町田市*****												
サービスの種類	介護予防通所介護相当サービス 緩和した基準による通所型サービス（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	1 3 7 * * * * *
	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さい。

【 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・氏名 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 生年月日)	*** - ****	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 ☒														
指定事業を受けようとする種類	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					付表第三号 (一)								
	緩和した基準による訪問型サービス(定率)													
	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	○			2024年6月1日	付表第三号 (二)								
	緩和した基準による通所型サービス(定率)	○			2024年6月1日									
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

2023 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													
	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								
事業所	代表者の住所	(郵便番号 *** - ****) 東京 都 道 町田 市 区 ***** 府 県 町 村														
	事業等の種類	介護予防通所介護相当サービス・緩和した基準による通所型サービス (定率)				介護保険事業所番号	1 3 7 *****									
	指定有効期間満了日	2023年5月31日														
	フリガナ	デイサービス▲▲▲▲▲														
	名称	デイサービス▲▲▲▲▲														
	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															
	名称															
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村														
	フリガナ	マチダ ジロウ				生年月日	****年**月**日									
管理者	氏名	町田 二郎														
	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 】

サービス種別の読み替えについて

- ・国基準型指定第1号通所事業＝介護予防通所介護相当サービス
- ・市基準型指定第1号通所事業＝緩和した基準による通所型サービス(定率)

付表は、サービス種別ごとに作成してください。
つまり、介護予防通所介護相当サービスと、緩和した基準による通所型サービス(定率)を実施される場合は、各サービスにつき1つずつ、計2つ作成することになります。

付表第三号（二） 通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項

サービス種類（該当に○）		介護予防通所介護相当サービス		○	緩和した基準による通所型サービス		定率	定額	
事業所	法人番号	*****							
	フリガナ	ダイサービス▲▲▲▲							
	名 称	ダイサービス▲▲▲▲							
	所在地	（郵便番号 *** - ****） 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	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）		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	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							
○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 35.25 m ² 利用定員（同時利用） 9 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	4	0	0	2	4	0	0
	非常勤（人）	1	2	0	3	3	2	0	3
	○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）		12/29～1/3休み				
	営業時間		8 : 30		～		17 : 30		
曜日ごとに 異なる場合記入	平日			～					
	土曜日			～					
	日曜日・祝日			～					
サービス提供時間		9 : 00		～		16 : 30			
利用定員				9 人					

欄外の記号を使用

【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。

介護予防通所介護相当サービスと、緩和した基準による通所型サービス(定率)を、同じ提供時間帯に実施する場合は、両方の利用者を足した値を入力してください。

【 記載例 & 注意事項 】

(別添)

付表第三号 (二) 通所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) 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		☐ 添付	☐ 添付 ☒ 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	☐ 添付	☒ 添付 ☐ 添付省略	
3	平面図	標準様式2	☐ 添付	☐ 添付 ☒ 添付省略	
4	設備等一覧表	標準様式3	☐ 添付	☐ 添付 ☒ 添付省略	
5	運営規程		☐ 添付	☒ 添付 ☐ 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	☐ 添付	☐ 添付 ☒ 添付省略	
7	誓約書	標準様式5	☐ 添付	☒ 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）

※2 更新申請の際は、前回の申請内容から変更がない場合、添付を省略することが可能
添付を省略する場合は「添付省略」にチェックを付けてください。

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。)
- ・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。

(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 時間/月
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)

【 記 載 例 】

No	(6) 職種	(7) 勤務形態	(8) 資格	(9) 氏 名	(10)															(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週目							2週目																	
					1 月	2 火	3 水	4 木	5 金	6 土	7 日	9 火	10 水	11 木	12 金	13 土	14 日	15 月											
1	管理者	B	—	〇〇 A子	シフト記号	u							u	u	u	u									40	10	生活相談員		
2	生活相談員	B	社会福祉士主任任用		勤務時間数	2							2	2	2	2	2									0	0	管理者	
3	生活相談員	B	介護福祉士	〇〇	シフト記号								a	a	a	a	a									96	24	介護職員	
4	看護職員	B	看護師	〇〇	勤務時間数								7	7	7	7	7									84	21	機能訓練指導員	
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									76	19	生活相談員	
6	介護職員	A	介護福祉士	〇〇 D介	勤務時間数	8							8	8	8	8	8									64	16	生活相談員	
7	介護職員	A	—	〇〇 E夫	シフト記号	a							a	a	a	a	a									56	14	生活相談員	
8	介護職員	C	—	〇〇 F子	勤務時間数	7							7	7	7	7	7									160	40	生活相談員	
9	機能訓練指導員	B	看護師	〇〇 C美	シフト記号	a							a	a	a	a	a									140	35	生活相談員	
10	機能訓練指導員	A	理学療法士	〇〇 G郎	勤務時間数	8							8	8	8	8	8									160	40	生活相談員	
11	看護職員	C	派遣		シフト記号								a													140	35	生活相談員	
12	看護職員		連携		勤務時間数								8													2	0.5	派遣会社の名称	
13					シフト記号								a													1.75		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								7													2	0.5	連携している病院・診療所・訪問看護ステーションの名称	
(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							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							466	116.5		
(16) 利用者数					18			18	18	18	18	18			18	18	18	18	18										
(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										
(18) 確保すべき介護職員の勤務時間数					11.2			11.2	11.2	11.2	11.2	11.2			11.2	11.2	11.2	11.2	11.2										
(参考)																													
(19) 1日の職種別人員内訳																													
					生活相談員	2		1	1	2	2	2			1	1	2	2	2										
					看護職員	1		2	1	1	1	1			1	1	1	1	1										
					介護職員	3		4	4	3	3	3			4	4	3	3	3										
					機能訓練指導員	2		2	2	2	2	1			2	2	2	2	2										

【注意！】
提出時には「シフト記号表」も合わせて提出してください。

(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

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。

※24時間表記 休憩時間1時間は「1:00」、休憩時間45分は「00:45」と入力してください。

[illegible]

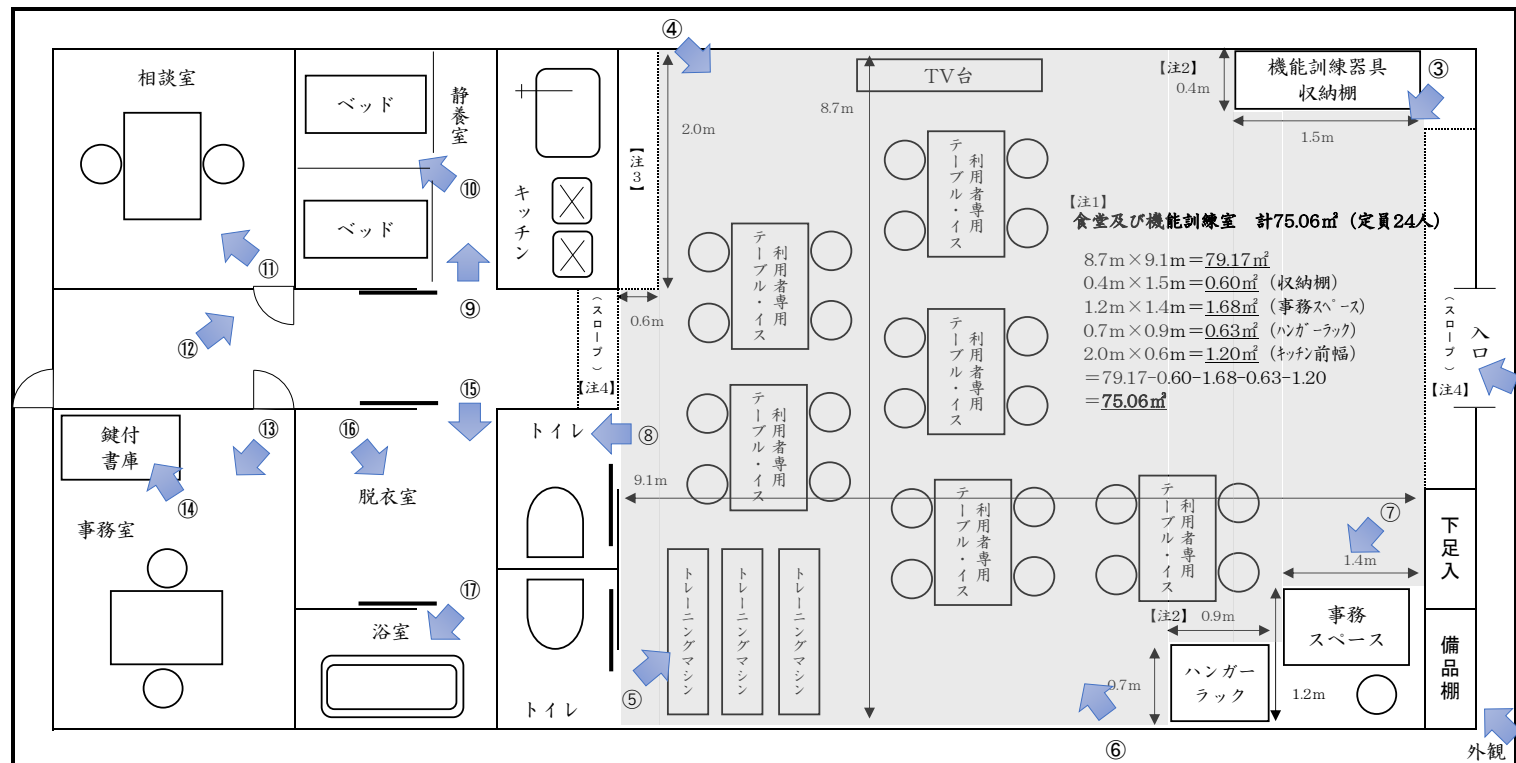
(標準様式2)
平面図

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。
矢印の番号は写真の番号です。



※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。

【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) $8.7\text{m} \times 9.1\text{m} = 79.17\text{㎡}$
・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。

【 記 載 例 】

(標準様式3) 設備等一覧表

サービス種類 (介護予防通所介護相当サービス・
緩和した基準による通所型サービス (定率))
事業所名 (**デイサービス▲▲▲▲**)

チェック欄	設備の種類	設備基準上適合すべき項目
○	(例) 消火設備その他非常災害に際して必要な設備	スプリンクラー・消火器・非常食
○	事務室・相談室	机・イス
○	感染予防設備	手指洗浄場
○	生活設備	手すり・柵 箱・利用者用収納
○	サービス設備	機能訓練用具一式・静養室用ベット
○	送迎設備	車・駐車場
○	電子機器設備	電話・FAX・コピー機・PC

付表や平面図で確認できる項目以外について記載してください。
足りない項目等あれば追加してください。

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。

- 備考
- 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。
 - 「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」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	デイサービス▲▲▲▲▲
申請するサービス種類	介護予防通所介護相当サービス・緩和した基準による通所型サ

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） 担当者の設置 【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】 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。
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

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。

(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項に規定する厚生労働省令第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

【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。

- 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。