

指定申請に係る添付書類一覧（介護予防・日常生活支援総合事業【訪問型サービス】）

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	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（別紙様式第三号(五)）を使用してください。	別紙様式第三号(四) (別紙様式第三号(五))	◇	◇		
	訪問型サービス事業所の指定等に係る記載事項	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記入欄不足時の資料	(参考)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記入欄不足時の資料 2	(参考2)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	(別添)付表第三号(一)		◇		
1	申請者の登記事項証明書又は条例等	—	○	※		
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	標準様式 1	○	☆		
	資格証の写し	—	○	☆		
3	事業所の平面図	標準様式 2	○	※		
	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	標準様式 4	○	※		
6	誓約書	標準様式 5	○	○		
7	町田市暴力団排除条例に基づく誓約兼承諾書	町田市誓約書	○	○		
8	<介護予防・日常生活支援総合事業費の請求に関する事項>					
	介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書	別紙 5 0	○	○		
	介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表	別紙 1-4-2	○	○		
	各種加算添付書類	各種様式	○1	○1		

◇ 紙での申請の際は必要です。電子申請の際は不要です。

※ 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。

☆ 指定更新月に全従業員の勤務形態一覧をすでに提出済みの場合のみ省略可能です。

○1「介護予防・日常生活支援総合事業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、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
【老人福祉法の届出について】 地域密着型サービス又は第1号事業を行う場合は、老人福祉法（開始届・設置届）の届出が必要です。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：https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/gyoumutodoke/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）	届出済 ・ 届出予定
【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)
	(F A X)
	(Email)

※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（別紙様式第三号(四)） 又は指定更新申請書（別紙様式第三号(五)） ☆電子申請の際は不要です。	・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。
	訪問型サービス事業所の指定等に係る記載事項 （付表第三号(一)） ☆電子申請の際は不要です。	・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。 ・サービス提供責任者等の氏名・住所を記入してください。 ※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。
	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（(参考)付表第三号(一)） ☆電子申請の際は不要です。	・サービス提供責任者が3名以上の場合は、記入をお願いします。
	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2（(参考2)付表第三号(一)） ☆電子申請の際は不要です。	・記入欄不足時の資料で記入欄が足りない場合に使用してください。
	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 （(別添)付表第三号(一)） ☆電子申請の際は不要です。	・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項目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	・法人の履歴事項全部証明書（新規の場合、紙での提出の際は原本をご用意ください。電子申請の際はPDF化での提出も可能です。）を添付してください。 ・目的に介護保険法に基づく第1号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（標準様式1） ※標準様式1を使用する際は、 <u>勤務形態一覧表</u> と <u>シフト記号表</u> を提出してください。	・ <u>記入方法</u> を必ず確認の上作成してください。 ・事業所にお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標準様式1の作成をお願いすることがあります。
	資格証の写し	・勤務形態一覧表に記載した氏名の順に、要件を満たす資格証や研修修了証等の写しを添付してください。 ※管理者を除くすべての従業者の資格証が必要です。
3	事業所の平面図（標準様式2）	・平面図（用途・机や備品等の配置を明示したもの）
	外観及び内部の様子が分かる写真 （町田市写真用台紙） ※別のエクセルやワードに張り付けての提出でも問題ありません。	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られ、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） ・手指洗浄場所

記 載 方 法		
番号	添 付 書 類	説 明
4	運営規程（料金表含む）	・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。 1 事業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 営業日及び営業時間 申込みを受付ける日時も記載してください。 また、年間の休日も記載してください。 4 サービスの内容及び利用料その他費用の額（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 通常の事業の実施地域 訪問に際し、通常の実施地域に係る交通費は報酬に含まれているので、交通費を徴収せずに行かれる範囲としてください。 なお、通常の実施地域以外の場合は、交通費の支払いを利用者から受けることができます。 6 緊急時等における対応方法 7 虐待の防止のための措置に関する事項 8 その他運営に関する重要事項
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（標準様式4）	・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	誓約書（標準様式5）	・内容をご確認のうえ、事業者の名称・代表者の職名・氏名を記入してください。
7	町田市誓約書	・内容をご確認のうえ、事業者の名称・代表者の職名・氏名を記入してください。
8	<介護予防・日常生活支援総合事業費の請求に関する事項>	
	介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書（別紙50） 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1-4-2）	・「別紙50」及び「別紙1-4-2」は必ずご提出ください。
	各種加算添付書類	・「介護予防・日常生活支援総合事業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。

介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号訪問事業 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 指訪問等型に 係るサービス 記載事業所の	登記事項 証明書又は 条例	勤務形態一 覧表	平面図	変更後の 運営規程	介護事業費 算出算定・日 係常る生活 制支等援に 関合	介護事業費 算出算定・日 係常る生活 制支等援に 関合	加算等の各 届出書	その他必要 書類	留意事項
様式名		別紙様式 第三号 (一)	付表第三号 (一)		標準様式 1	標準様式 2		別紙 50	別紙 1-4-2			
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	利用者・入所者等の推定（予定）数	☆	☆		○						・必要に応じて資格証の写しを添付	
9	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所	☆	☆		○							「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。
10	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所	☆	☆		○						・資格証の写しを添付	「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」には、サービス提供責任者の人員配置基準を確認できる情報のみの記載で可。 当該サービス提供責任者が、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。
11	運営規程											
	（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	☆	☆		○		◇					事前にご相談いただくと同時に利用者に適切な説明をしてください。
	（3）その他の変更	☆	☆				◇					利用料変更の場合は事前にご相談いただくと同時に利用者に適切な説明をしてください。
12	介護予防・日常生活支援総合事業費の請求に関する事項 （加算に関する変更）						△◇	○	○	○*1	*1「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する添付書類一覧」参照	

☆ 電子申請を利用する場合は不要です。

△ 変更がある場合のみ、ご提出ください。

◇ 変更箇所が分かるようにしてください。

※ 別途書類の提出をお願いする事があります。

（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	第1号 訪問事業	第1号 通所事業
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）／従業員（※1）ごと	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●（※4）	●	●
	当月の勤務時間数合計／従業員（※1）ごと	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	兼務状況（兼務内容・兼務先）	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	常勤の従業員が勤務すべき時間数	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
通所サービス	利用者（入所者・入院患者）の数	-	●	●	●	●	●	-	●	●	●	●	●	●
	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／従業員（※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	-	-	●	-	-	-	-	●	-	-	-	-	-
	夜勤時間帯（夜間・深夜時間帯）／宿直時間帯	-	-	●	●	-	-	-	●	-	-	-	-	-

（※1）従業員：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員を指します。

（※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。
- ・加算を適用する場合や、見守り機器等を導入した場合の夜間における人員配置基準の緩和を適用する場合などにおいては、上表に記載の項目以外の情報も必要となるので、指定基準・告示等を確認してください。