

南九州市介護予防・生活支援サービス事業所指定（更新）申請書

付表 1 基準型訪問介護予防サービス 添付書類

添付書類	説明
①申請者の定款，寄附行為等及びその登記簿謄本等	・当該事業を実施する旨の記載のある定款，寄附行為及び登記簿謄本（写し可）。 ・定款を変更手続き中の場合は，理事会の議事録の写しを添付してください。
②従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表 （参考様式 1）	・管理者及び従業員全員の毎日の勤務すべき時間数（事業開始予定年月日以降 4 週間分）。 ・職種の分類は，管理者，サービス提供責任者，訪問介護員等，その他。 ・資格等が必要な職種は，資格証等の写しを，氏名の記載した順に揃えて添付してください。 ・雇用通知書又は辞令等の雇用を証明するものを添付してください。
③組織体制図 （様式は任意）	管理者や従業員が他の事業の職務を兼ねる場合は，兼務関係が明確に分かるように作成してください。
④管理者経歴書 （参考様式 2）	当該事業の管理者の住所，氏名，電話番号，生年月日，最終学歴以降の経歴等を記載してください。
⑤サービス提供責任者経歴書 （参考様式 2）	・介護福祉士，介護職員実践者研修修了者，介護職員初任者研修修了者については，登録証又は証明書の写しを提出することにより不要です。 ・訪問介護員 2 級課程修了者については，終了証明書と併せて提出する「3 年以上介護等の業務に従事期間の分かる書類」に代えて「経歴書」を提出することは可です。
⑥事業所の平面図 （参考様式 3）	・当該事業に関する平面図（用途，面積を明示した A 4 版又は A 3 版のもの）。 ・当該事業に使用する設備（事務室，相談室，手指を消毒するための設備等）のレイアウト及び各部屋の面積が分かるように作成してください。 ・事業所の外観及び平面図で示した箇所の内部の広さや設備，備品等の配置状況が分かる写真を A 4 台紙に貼付若しくは A 4 サイズの用紙に印刷し，上記平面図に撮影方向を矢印で明記し，番号をふって添付してください。 ・写真は，必要な備品も配置された状態のものがが必要です。
⑦運営規程	・次の内容について，具体的かつわ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 従業員の職種，員数及び職務内容 3 営業日及び営業時間 4 指定訪問介護の内容及び利用料その他の費用の額 5 通常の事業の実施地域 6 緊急時における対応方法 7 訪問介護計画の作成 8 サービス提供責任者の業務

	9 秘密保持 10 苦情処理 11 事故発生時の対応 12 個人情報の保護 13 記録の整備 14 その他運営に関する重要事項 ・ 営業日及び営業時間については、年間の休日を含めて定めてください。 ・ 利用料その他の費用の額については、料金表を添付するなど、具体的に定めてください。
⑧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、具体的かつわかりやすく記載してください。 1 利用者等からの相談、苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置 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（介護相談員の受入等）
⑨当該申請に係る事業に係る資産の状況 (参考様式6)	次の内容について、わかるものを添付してください。 1 当該事業を実施するために必要な資産の状況 2 事業所等が賃貸借物件である場合は、賃貸借契約書の写し
⑩事故発生時の対応	損害賠償発生時に対応が可能であることがわかる書類（損害保険証書の写し等）
⑪誓約書及び役員等名簿 (参考様式8)	・ 法人所在地、名称、代表者の職、氏名を記載し、法人代表印を押印してください。 ・ すべての役員等について記載してください。
⑫第1号事業支給費算定に係る体制届	第1号事業支給費算定に係る体制等に関する届出書、及び状況一覧表

南九州市介護予防・生活支援サービス事業所指定（更新）申請書

付表２ 基準型通所介護予防サービス 添付書類

添付書類	説明
①申請者の定款，寄附行為等及びその登記簿謄本等	・当該事業を実施する旨の記載のある定款，寄附行為及び登記簿謄本（写し可）。 ・定款を変更手続き中の場合は，理事会の議事録の写しを添付してください。
②従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表 （参考様式１）	・管理者及び従業員全員の毎日の勤務すべき時間数（４週間分）。 ・組織体制図を添付してください。 ・職種の分類は，管理者，生活相談員，看護職員，介護職員，機能訓練指導員，その他に区分して記載。 ・資格等が必要な職種は，資格証等の写しを，氏名の記載した順に揃えて添付してください。 ・雇用契約書又は辞令等の雇用を証明するものを添付してください。
③組織体制図 （様式は任意）	兼務の従業員については，兼務の状況がわかるよう，兼務している事業所の組織体制図を併記してください。
④管理者経歴書 （参考様式２）	当該事業の管理者の住所，氏名，電話番号，生年月日，最終学歴以降の経歴，当該事業に関する資格等を記載してください。
⑤事業所の平面図 （備品概要を含む） （参考様式３）	・当該事業に関する平面図（用途・面積を明示したＡ４版又はＡ３版のもの）。 ・事業所の外観及び内部の様子が分かる写真を添付してください。 ・当該事業に使用する主な備品等の配置を，平面図の中に記載してください。
⑥設備・備品一覧表 （参考様式４）	設備，備品について記載してください。
⑦運営規程	・次の内容について，具体的かつわ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 従業員の職種、員数及び職務内容 3 営業日及び営業時間 （延長サービスを行う場合は，提供時間とは別に延長サービスを行う時間を明記する必要があります。） 4 指定通所介護の利用定員 5 指定通所介護の内容及び利用料その他の費用の額 6 通常の事業の実施地域 7 サービス利用に当たっての留意事項 8 緊急時等における対応方法 9 非常災害対策 10 通所介護計画の作成 11 秘密保持 12 苦情処理 13 事故発生時の対応

	14 記録の整備 15 個人情報の保護 16 その他運営に関する重要事項 ・営業日及び営業時間については、年間の休日を含めて定めてください。 ・利用料その他の費用の額については、料金表を添付するなど、具体的に定めてください。
⑧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、具体的かつわかりやすく記載してください。 1 利用者等からの相談、苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置 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
⑨当該申請に係る事業に係る資産の状況 (参考様式6)	・当該事業を実施するために必要な資産の状況 ・事業所等が賃貸借物件である場合は、賃貸借契約書の写し
⑩事故発生時の対応	損害賠償発生時に対応が可能であることがわかる書類(損害保険証書の写し等)
⑪送迎車の登録証及び写真	事業所で送迎をされる場合は、送迎に使用する自動車の登録証(写し)、保険証(自賠責・任意保険)写し及び写真を添付してください。
⑫消火設備その他非常災害に際して必要な設備	・建築基準法第7条第5項による検査済証 ・消防法による「消防用設備等検査済証」
⑬サービス提供体制実施一覧 (参考様式7)	曜日ごとにサービス提供単位の状況を記載してください。また、サービス提供単位ごとの利用定員を記載してください。
⑭誓約書及び役員等名簿 (参考様式8)	・法人所在地、名称、代表者の職、氏名を記載し、法人代表印を押印してください。 ・全ての役員等について記載してください。
⑮第1号事業支給費算定に係る体制届	第1号事業支給費算定に係る体制等に関する届出書、及び状況一覧表

南九州市介護予防・生活支援サービス事業所指定（更新）申請書

付表3 緩和型デイサービス 添付書類

添付書類	説明
①申請者の定款，寄附行為等及びその登記簿謄本等	・当該事業を実施する旨の記載のある定款，寄附行為及び登記簿謄本（写し可）。 ・定款を変更手続き中の場合は，理事会の議事録の写しを添付してください。
②従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 （参考様式1）	・管理者及び従業者全員の毎日の勤務すべき時間数（4週間分）。 ・組織体制図を添付してください。 ・職種の分類は，管理者，従事者，その他に区分して記載。 ・資格等が必要な職種は，資格証等の写しを，氏名の記載した順に揃えて添付してください。 ・雇用契約書又は辞令等の雇用を証明するものを添付してください。
③組織体制図 （様式は任意）	兼務の従業者については，兼務の状況がわかるよう，兼務している事業所の組織体制図を併記してください。
④管理者経歴書 （参考様式2）	当該事業の管理者の住所，氏名，電話番号，生年月日，最終学歴以降の経歴，当該事業に関する資格等を記載してください。
⑤事業所の平面図 （備品概要を含む） （参考様式3）	・当該事業に関する平面図（用途・面積を明示したA4版又はA3版のもの）。 ・事業所の外観及び内部の様子が分かる写真を添付してください。 ・当該事業に使用する主な備品等の配置を，平面図の中に記載してください。
⑥設備・備品一覧表 （参考様式4）	設備，備品について記載してください。
⑦運営規程	・次の内容について，具体的かつわ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、員数及び職務内容 3 営業日及び営業時間 （延長サービスを行う場合は，提供時間とは別に延長サービスを行う時間を明記する必要があります。） 4 指定通所介護の利用定員 5 指定通所介護の内容及び利用料その他の費用の額 6 通常の事業の実施地域 7 サービス利用に当たっての留意事項 8 緊急時等における対応方法 9 非常災害対策 10 通所介護計画の作成 11 秘密保持 12 苦情処理 13 事故発生時の対応 14 記録の整備

	15 個人情報の保護 16 その他運営に関する重要事項 ・営業日及び営業時間については、年間の休日を含めて定めてください。 ・利用料その他の費用の額については、料金表を添付するなど、具体的に定めてください。
⑧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、具体的かつわかりやすく記載してください。 1 利用者等からの相談、苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置 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
⑨当該申請に係る事業に係る資産の状況 (参考様式6)	・当該事業を実施するために必要な資産の状況 ・事業所等が賃貸借物件である場合は、賃貸借契約書の写し
⑩事故発生時の対応	損害賠償発生時に対応が可能であることがわかる書類(損害保険証書の写し等)
⑪送迎車の登録証及び写真	事業所で送迎をされる場合は、送迎に使用する自動車の登録証(写し)、保険証(自賠責・任意保険)写し及び写真を添付してください。
⑫消火設備その他非常災害に際して必要な設備	・建築基準法第7条第5項による検査済証 ・消防法による「消防用設備等検査済証」
⑬サービス提供体制実施一覧 (参考様式7)	曜日ごとにサービス提供単位の状況を記載してください。また、サービス提供単位ごとの利用定員を記載してください。
⑭誓約書及び役員等名簿 (参考様式8)	・法人所在地、名称、代表者の職、氏名を記載し、法人代表印を押印してください。 ・全ての役員等について記載してください。

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

サービス種類 (

事業所・施設名(

備考1 *欄には、当該月の曜日を記入してください。

2 事業に係る従業員全員（管理者を含む。）について、4週間分の勤務すべき時間数（※複数の勤務時間を設定している場合、その全ての区分）を記入してください。

(記載事項)

3 職種ごとに右記の勤務形態の区分にまとめて記載してください。 **勤務形態の区分** A：常勤で専従 B：常勤で兼務 C：常勤以外で専従 D：常勤以外で兼務

4 常勤換算が必要な職種は、A～Dの「週平均の勤務時間」を合計し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。

5 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

6 各事業所・施設において使用している勤務割表等（既に事業を実施しているときは直近月の実績）により、職種、勤務形態、資格、氏名及び当該業務の勤務時間が確認できる場合は、当該書類を添付書類とすることも差し支えありません。

7 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。（変更届、更新申請の場合は不要です）

8 常勤職員が、同一敷地内の他の事業や複数単位での兼務がある場合は、その兼務先を記入してください。

（注）※通りハの理学療法士、作業療法士、言語聴覚士については、病院等と兼務している場合は、通りハ業務に従事している時間のみを記入すること。

（注）※勤務時間が不特定の場合は、備考欄の勤務時間の記入は不要とし、表中の勤務時間数のみ記入のこと。

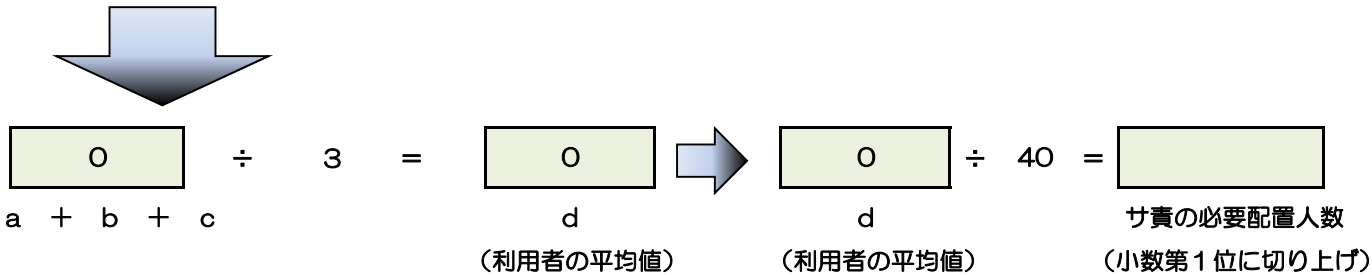
(参考様式1-1) ※訪問介護のみ作成してください。

○サービス提供責任者の配置人数確認表(前3か月の利用者の平均値) 【平成 年 月分】

利用者数	月	月	月
要介護			
要支援			
通院等※			
合計	0	0	0
	a	b	c

①この計算は、事業開始後毎月行い、配置基準を満たしていることを必ず確認してください。
②確認した書類は保管しておいてください。
③計算によりサービス提供責任者の人数に変更が生じる場合には、変更届の提出が必要となります。

※通院等乗降介助のみの利用者は、0.1人として計算



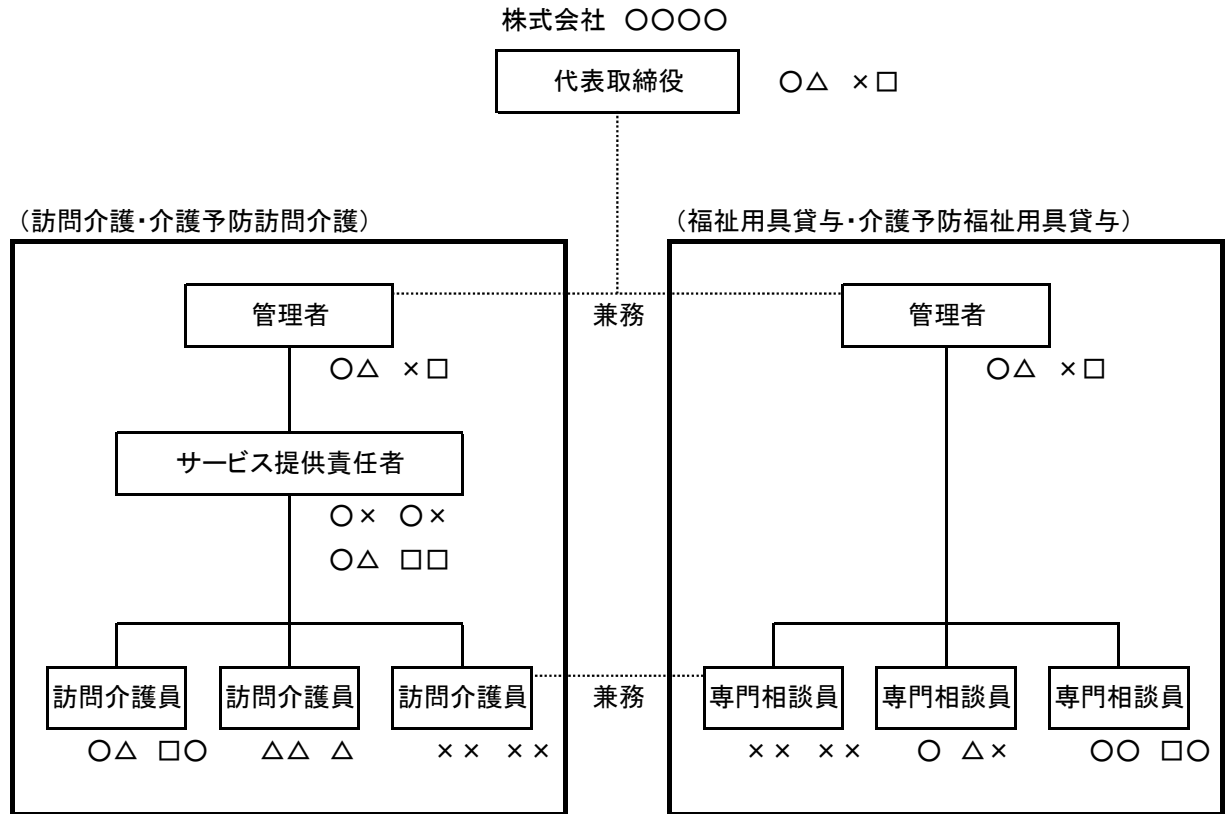
【留意事項】

- 利用者の数は暦月ごとの実利用者数とすること。
- 新規に指定を受ける場合は、推定数とすること。
- 常勤換算方法による場合、計算により算出された必要配置人数のうち、配置が必要な常勤のサービス提供責任者の人数を配置していることを確認すること。
- 必要配置人数については、小数第1位に切り上げた数とすること。

(参考様式)

組 織 体 制 図

法人全体(同一敷地内等)で、兼務している状況がわかるように記載してください。



(参考様式2)

〇〇〇 経 歴 書

事業所・施設の名称			
力ナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	(郵便番号 —)		
電話番号			
主 な 職 歴 等			
年 月 ~ 年 月	勤 務 先 等		職 務 内 容
職 務 に 関 連 す る 資 格			
資 格 の 種 類		資 格 取 得 年 月	
備 考 (研修等の受講の状況等)			

備考1 「〇〇〇」には、「管理者」、「サービス提供責任者」、「経験看護師等」、「精神保健福祉士に準ずる者」と記入してください。

2 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

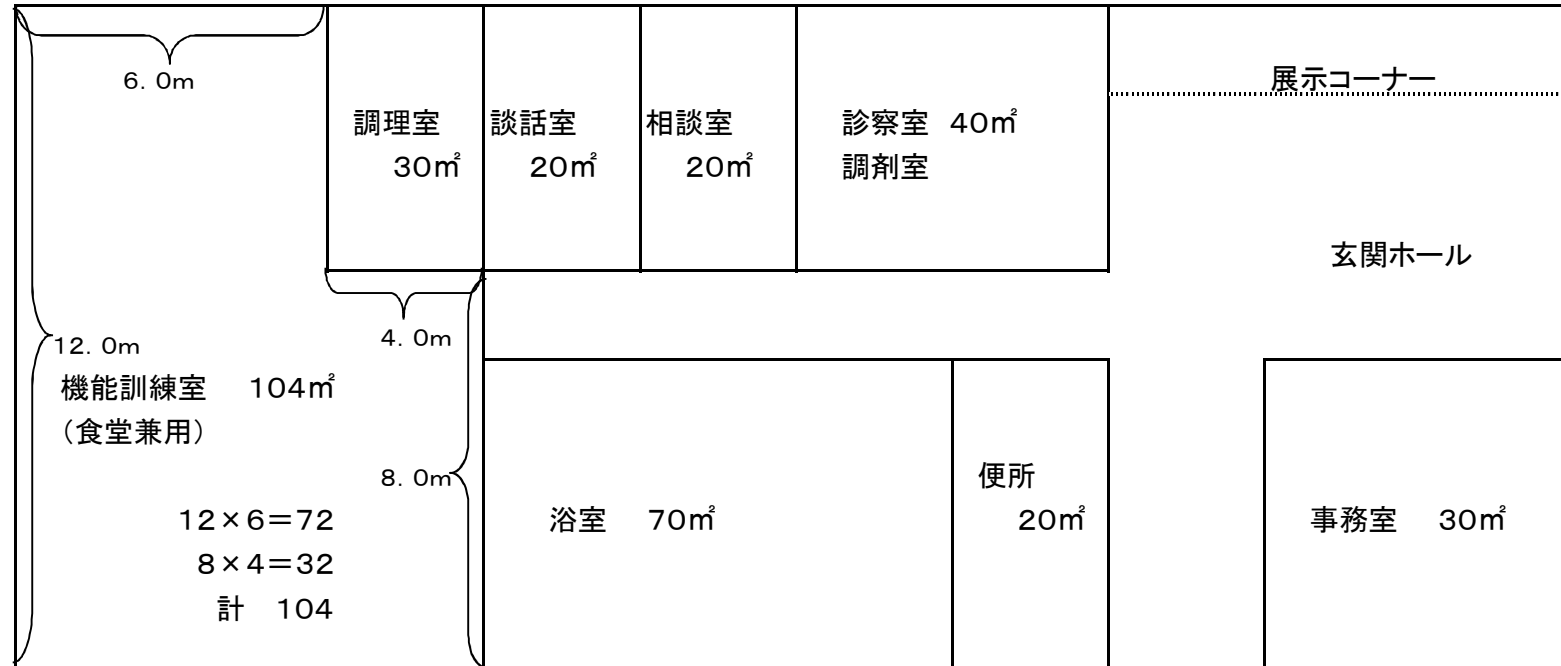
3 当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。

4 当該職種に従事するまでの経歴を漏れなく記入してください。

(参考様式3)

事業所の平面図等

事業所又は施設の名称



備考1 各室の用途及び面積を記載してください。(面積が指定基準となっているものについては、求積できるようにしてください。)

2 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。

3 設備及び備品の概要を記載することとなっている場合は、本様式の余白部分に当該サービスの提供を行うために整備する備品等の品名及び員数を記載することで差し支えありません。

(参考様式4)
設備・備品等一覧表

設備の概要	設備基準上適合すべき項目についての状況	適合の可否
サービス提供上配慮すべき設備の概要		
非常災害設備等		
備品の品目	備品の品名及び数量	

2 必要に応じて写真等を添付し、その旨を併せて記載してください。

3 「適合の可否」欄には、何も記載しないでください。

(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・施設名	
申請するサービス種類	
事業所又は法人のメールアドレス	

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
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 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)

当該申請事業に係る資産の状況

サービス種類()

事務所名 ()

種 目	名 称	数 量	備 考
不動産	(記載例)		
土地	-	-	〇〇施設内
建物	〇〇センター	80.0m ²	
動産			
	事務机	〇台	
	事務椅子	〇脚	
	キャビネット	〇個	

備考1 当該申請事業に係る資産をもれなく記載してください。

2 資産の状況を確認できる既存の資料を添付しても差し支えありません。

(参考様式7)

サービス提供実施単位一覧表

(記載例)

	月	火	水	木	金	土	日
9:00	(例) (20人)	(例) (10人)					
12:00							
15:00	(20人)	(10人)					
17:00							
19:00							
21:00							

備考 1 曜日ごとにサービス提供単位の状況を記載してください。また、サービス提供単位ごとの利用定員を記載してください。

2 各事業所・施設において使用している勤務割表等(既に事業を実施しているときは直近月の実績)により、サービス提供単位及びサービス提供単位ごとの利用定員が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。

(参考様式 8)

南九州市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第 11 条各号の規定に該当しない旨の誓約書

平成 年 月 日

南九州市長 様

申請者 住所

法人名及び代表者名

印

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

記

(南九州市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第 11 条)

- (1) 申請者が法人でないとき。
- (2) 当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、南九州市介護予防・生活支援サービスの人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成 29 年南九州市告示第 16 号。以下「基準要綱」という。）に定める基準を満たしていないとき。
- (3) 申請者が、基準要綱に規定する基準に従って適正な運営をすることができないと認められるとき。
- (4) 当該申請に係る法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同程度の支配力を有するものと認められる者を含む。）又はその事業所を管理する者その他の政令で定める使用人（以下「役員等」という。）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。
- (5) 申請者が、法その他国民の健康医療若しくは福祉に関する法律で介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号。以下「政令」という。）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。
- (6) 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。
- (7) 申請者が、法、法第 7 条第 6 項各号（第 4 号を除く。）に掲げる法律、厚生年金保険法（昭和 29 年法律第 115 号）、国民年金法（昭和 34 年法律第 141 号）又は労働保険の保険料の徴収等に関する法律（昭和 44 年法律第 84 号）の定めるところにより納付義務を負う保険料、負担金又は掛金（地方税法（昭和 25 年法律第 226 号）の規定による国民健康保険税を含む。以下この号において「保険料等」という。）について、当該申請をした日の前日までに、これらの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 3 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（当該処分を受けた者が、当該処分に係る保険料等の納付義務を負うことを定める法律によって納付義務を負う保険料等に限る。）を引き続き滞納している者であるとき。
- (8) 申請者が、法第 115 条の 45 の 9 の規定により指定が取り消され、その取消しの日から起算して 5 年を経過しない者（当該取消しの処分に係る行政手続法（平成 5 年法律第 88 号）第 15 条の規定による通知があった日前 60 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 5 年を経過しないものを含む。）であるとき。
- (9) 申請者と密接な関係を有する者（申請者の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの（以下この号において「申請者の親会社等」という。）、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもののうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。）が、法第 115 条の 45 の 9 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 5 年を経過していないとき。
- (10) 申請者が、法第 115 条の 45 の 9 の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第 15 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次条第 2

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5年を経過しないものであるとき。

- (11) 申請者が、法第115条の45の7第1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法第115条の45の9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市長が当該申請者に当該検査が行われた日から10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。）までの間に次条第2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5年を経過しないものであるとき。
- (12) 第10号に規定する期間内に次条第2号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60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。）の役員等であった者で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- (13) 申請者が、指定の申請前5年以内に訪問型サービス又は通所型サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- (14) 申請者の役員等のうち第5号から第7号まで及び第10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。

役 員 等 名 簿 （ 当該事業所の管理者は必ず含まれます。 ）

（ふりがな） 氏 名	生 年 月 日	住 所		押印
	役職名・呼称	TEL	FAX	
		（〒 ー ）		
		TEL :	FAX :	
		（〒 ー ）		
		TEL :	FAX :	
		（〒 ー ）		
		TEL :	FAX :	
		（〒 ー ）		
		TEL :	FAX :	
		（〒 ー ）		
		TEL :	FAX :	
		（〒 ー ）		
		TEL :	FAX :	
		（〒 ー ）		
		TEL :	FAX :	
		（〒 ー ）		
		TEL :	FAX :	
		（〒 ー ）		
		TEL :	FAX :	

- 備考 1 「役員等」とは、当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び当該事業所の管理者をいいます。
- 2 役員等が誓約書に反する場合は、事業所指定取消の対象となりますので、全ての役員等に内容を熟読していただき、内容を理解していただいた上で、記名、押印願います。
- 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

受付番号

第1号事業支給費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

年 月 日

南九州市長 様

所在地
名 称

印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人である場合その種別	法人所管庁				
	代表者の職・氏名	職名		氏名		
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 市				
事業所・施設の状況	フリガナ 名称					
	主たる事務所・施設の所在地	(郵便番号 ー) 県 市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所の所在地	(郵便番号 ー) 県 市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	管理者の氏名					
届出を行う事業所・施設の種類の種類	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目(※変更の場合)
	基準型訪問介護予防サービス			1新規 2変更 3終了		
	基準型通所介護予防サービス			1新規 2変更 3終了		
	緩和型デイサービス			1新規 2変更 3終了		
特記事項	変 更 前			変 更 後		
関係書類		別添のとおり				

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。
- 6 「異動項目」欄には、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
- 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜、欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

第1号事業支給費算定に係る体制等状況一覧表

事業所番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

提供サービス		施設等の区分	人員配置区分	そ の 他 該 当 す る 体 制 等										割 引							
A2	基準型訪問介護予防サービス ※訪問型サービス（独自）			サービス提供責任者体制の減算	1	なし	2	あり								1	なし	2	あり		
				特別地域加算	1	なし	2	あり													
				中山間地域等における小規模事業所加算 （地域に関する状況）	1	非該当	2	該当													
				中山間地域等における小規模事業所加算 （規模に関する状況）	1	非該当	2	該当													
				介護職員処遇改善加算	1 4	なし	6 加算Ⅴ	加算Ⅰ	5	加算Ⅱ	2	加算Ⅲ	3	加算Ⅳ							
A6	基準型通所介護予防サービス ※通所型サービス（独自）			職員の欠員による減算の状況	1	なし	2	看護職員	3	介護職員								1	なし	2	あり
				若年性認知症利用者受入加算	1	なし	2	あり													
				生活機能向上グループ活動加算	1	なし	2	あり													
				運動器機能向上加算	1	なし	2	あり													
				栄養改善加算	1	なし	2	あり													
				口腔機能向上加算	1	なし	2	あり													
				選択的サービス複数実施加算	1	なし	2	あり													
				事業所評価加算〔申出〕の有無	1	なし	2	あり													
				サービス提供体制強化加算	1	なし	2	加算Ⅰイ	3	加算Ⅰロ	4	加算Ⅱ									
				介護職員処遇改善加算	1 4	なし	6 加算Ⅴ	加算Ⅰ	5	加算Ⅱ	2	加算Ⅲ	3	加算Ⅳ							

第1号事業支給費算定に係る体制等状況一覧表

事業所番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の状況)

提供サービス		施設等の区分	人員配置区分	そ の 他 該 当 す る 体 制 等				割 引	
A2	基準型訪問介護予防サービス ※訪問型サービス（独自）			サービス提供責任者体制の減算	1	なし	2	あり	1 なし 2 あり
				特別地域加算	1	なし	2	あり	
				中山間地域等における小規模事業所加算 （地域に関する状況）	1	非該当	2	該当	
				中山間地域等における小規模事業所加算 （規模に関する状況）	1	非該当	2	該当	
A6	基準型通所介護予防サービス ※通所型サービス（独自）			職員の欠員による減算の状況	1	なし	2	看護職員 3 介護職員	1 なし 2 あり
				若年性認知症利用者受入加算	1	なし	2	あり	
				生活機能向上グループ活動加算	1	なし	2	あり	
				運動器機能向上加算	1	なし	2	あり	
				栄養改善加算	1	なし	2	あり	
				口腔機能向上加算	1	なし	2	あり	
				事業所評価加算〔申出〕の有無	1	なし	2	あり	

「第 1 号事業支給費算定に係る体制等状況一覧表」へ添付する書類

提供サービス		区分・加算等の種類	添付書類
A2	基準型訪問介護予防サービス ※訪問型サービス（独自）	サービス提供責任者体制の減算	①サービス提供責任者体制の減算に関する届出書（別紙 1） ②該当者について、介護福祉士の受検又は実務者研修等の受講意志を確認できる文書（写）
		特別地域加算	添付なし
		中山間地域等における小規模事業所加算 （地域に関する状況）	①中山間地域等における小規模事業所加算に係る届出書（別紙 2） ②事業所規模確認書 ③運営規程
		中山間地域等における小規模事業所加算 （規模に関する状況）	①中山間地域等における小規模事業所加算に係る届出書（別紙 2） ②事業所規模確認書 ③運営規程
		介護職員処遇改善加算	添付なし
A6	基準型通所介護予防サービス ※通所型サービス（独自）	職員の欠員による減算の状況	添付なし
		若年性認知症利用者受入加算	添付なし
		生活機能向上グループ活動加算	添付なし
		運動器機能向上加算	①従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙 3） ②雇用関係の確認書類 ③機能訓練指導員の資格を証する書類の写し
		栄養改善加算	①従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙 3） ②雇用関係の確認書類 ③管理栄養士の資格証の写し
		口腔機能向上加算	①従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙 3） ②雇用関係の確認書類 ③言語聴覚士、歯科衛生士、看護師又は准看護師の資格証の写し
		選択的サービス複数実施加算	添付なし
		サービス提供体制強化加算	①サービス提供体制強化加算に関する届出書（別紙 4） ②人員要件確認書
		介護職員処遇改善加算	添付なし

(別紙1)

平成 年 月 日

サービス提供責任者体制の減算に関する届出書

1 事業所名			
2 異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了		
3 平成27年3月31日 時点で、現に配置し ている介護職員初 任者研修修了のサ ービス提供責任者	氏名	氏名	
	4 当該訪問介護事業所以外の指定訪問介護事業所であって、当該訪問介護事業 所に対して指定訪問介護の提供に係る支援を行うものとの密接な連携の下に運営 される指定訪問介護事業所(いわゆる「サテライト事業所」)となること又はなること が計画されている。		有 ・ 無
<table><tr><td>移行予定年月日</td><td>年 月 日</td></tr></table> (実施予定年月日は、平成30年3月31日までの間のいずれかの日)		移行予定年月日	
移行予定年月日	年 月 日		

(別紙2)

平成 年 月 日

中山間地域等における小規模事業所加算に係る届出書

事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
サービスの種類	基準型訪問介護予防サービス

基準型訪問介護予防サービス ・前年度の平均実利用者数が5人／月以下である。	適 ・ 不適
--	--------

事業所所在地

	適 ・ 不適
--	--------

※ 実績が6月に満たない事業所(新規, 再開)は, 直近の前3ヶ月の平均で判断すること。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

サービス種類 (

事業所・施設名(

備考1 *欄には、当該月の曜日を記入してください。

2 事業に係る従業員全員（管理者を含む。）について、4週間分の勤務すべき時間数（※複数の勤務時間を設定している場合、その全ての区分）を記入してください。

■常勤職員の勤務時間

a:00:00~00:00(うち0時間休憩) 0時間勤務

1週当たり: 0 時間

■その他の勤務時間

b;00:00~00:00 0時間勤務

c; 00:00~00:00 0時間勤務

d;00:00~00:00 0時間勤務

◆サービス提供時間帯(※通所系サービスの場合のみ記載)

00:00~00:00(00時間00分)

3 職種ごとに右記の勤務形態の区分の順にまとめて記載してください。

勤務形態の区分 A：常勤で専従 B：常勤で兼務 C：常勤以外で専従 D：常勤以外で兼務

4 常勤換算が必要な職種は、A～Dの「週平均の勤務時間」を合計し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。

5 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

6 各事業所・施設において使用している勤務割表等（既に事業を実施しているときは直近月の実績）により、職種、勤務形態、資格、氏名及び当該業務の勤務時間が確認できる場合は、当該書類を添付書類とすることも差し支えありません。

7 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。（変更届，更新申請の場合は不要です）

8 常勤職員が、同一敷地内の他の事業や複数単位での兼務がある場合は、その兼務先を記入してください。

(注) ※通リハの理学療法士、作業療法士、言語聴覚士については、病院等と兼務している場合は、通リハ業務に従事している時間のみを記入すること。

(注) ※勤務時間が不特定の場合は、備考欄の勤務時間の記入は不要とし、表中の勤務時間数のみ記入のこと。

サービス提供体制強化加算に関する届出書

1 事業所名			
2 異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了		
3 サービスの種類	基準型通所介護予防サービス		
4 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 2 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ 3 サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		

5 介護福祉士等の状況	①	介護職員の総数 (常勤換算)	人	①に占める → ②の割合が 50%以上	有 ・ 無
	②	①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人		
					①に占める → ②の割合が 40%以上

6 勤続年数の状況	①	サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)	人	①に占める → ②の割合が 30%以上	有 ・ 無
	②	①のうち勤続年数3年以上の者の総数 (常勤換算)	人		

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。