

(別添)

付表2 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。

	添付書類	参考様式	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 type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	設備等一覧表	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input 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	参考様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	誓約書	参考様式5	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※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。
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。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電話	
メールアドレス	

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所

指定申請書

年 月 日

殿 所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

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。

申請者	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				
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号	
		Email				
	法人等の種類					
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ 氏 名		生年 月 日	
代表者の住所	(郵便番号 -) 都 道 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1	
	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				付表2	
	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」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。
- 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。

指定更新申請書

年 月 日

殿 所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

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。

申請者	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		
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号
		Email		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ 氏 名	生年月日
代表者の住所	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村			
事業所	事業等の種類	介護保険事業所番号		
	指定有効期間満了日			
	フリガナ 名称	-----		
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 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 氏名	-----		生年月日
	住所	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		

備考 1 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本 登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。
 2 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。
 3 「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。

別添 1 誓約書(参考様式5)

付表2 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項

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	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -)		都 道 市 区		府 県 町 村				
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号	Email				
管理者	フリガナ			住所		(郵便番号 -)				
	氏名									
	生年月日									
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)									
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		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		m ²		利用定員(同時利用)		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)									
	非常勤(人)									
	○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)							
	営業時間		:		~		:			
	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		:		~		:				
利用定員				人						
サービス提供単位2	○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)									
	非常勤(人)									
	○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)							
	営業時間		:		~		:			
	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		:		~		:				
利用定員				人						
サービス提供単位3	○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)									
	非常勤(人)									
	○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)							
	営業時間		:		~		:			
	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		:		~		:				
利用定員				人						
添付書類		別添のとおり								

(通所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									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -)		都道	市区					
		府県		町村						
連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号				
	Email									
○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		㎡		利用定員(同時利用)			人			
サービス提供単位1	○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)								
	営業時間		:		~		:			
	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		:		~		:			
利用定員		人								
サービス提供単位2	○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)								
	営業時間		:		~		:			
	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		:		~		:			
利用定員		人								
サービス提供単位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)								
	営業時間		:		~		:			
	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		:		~		:			
利用定員		人								
添付書類		平面図								

- 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。
 - 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 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
 - 4 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職員も含めて記載してください。
 - 5 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

(参考)付表2 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

○人員に関する基準の確認に必要な事項										
サービス提供単位4	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)									
非常勤(人)										
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
サービス提供単位4	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
	営業時間				:		~		:	
	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				:		~		:		
利用定員		人								
○人員に関する基準の確認に必要な事項										
サービス提供単位5	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)									
非常勤(人)										
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
サービス提供単位5	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
	営業時間				:		~		:	
	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				:		~		:		
利用定員		人								

(通所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)

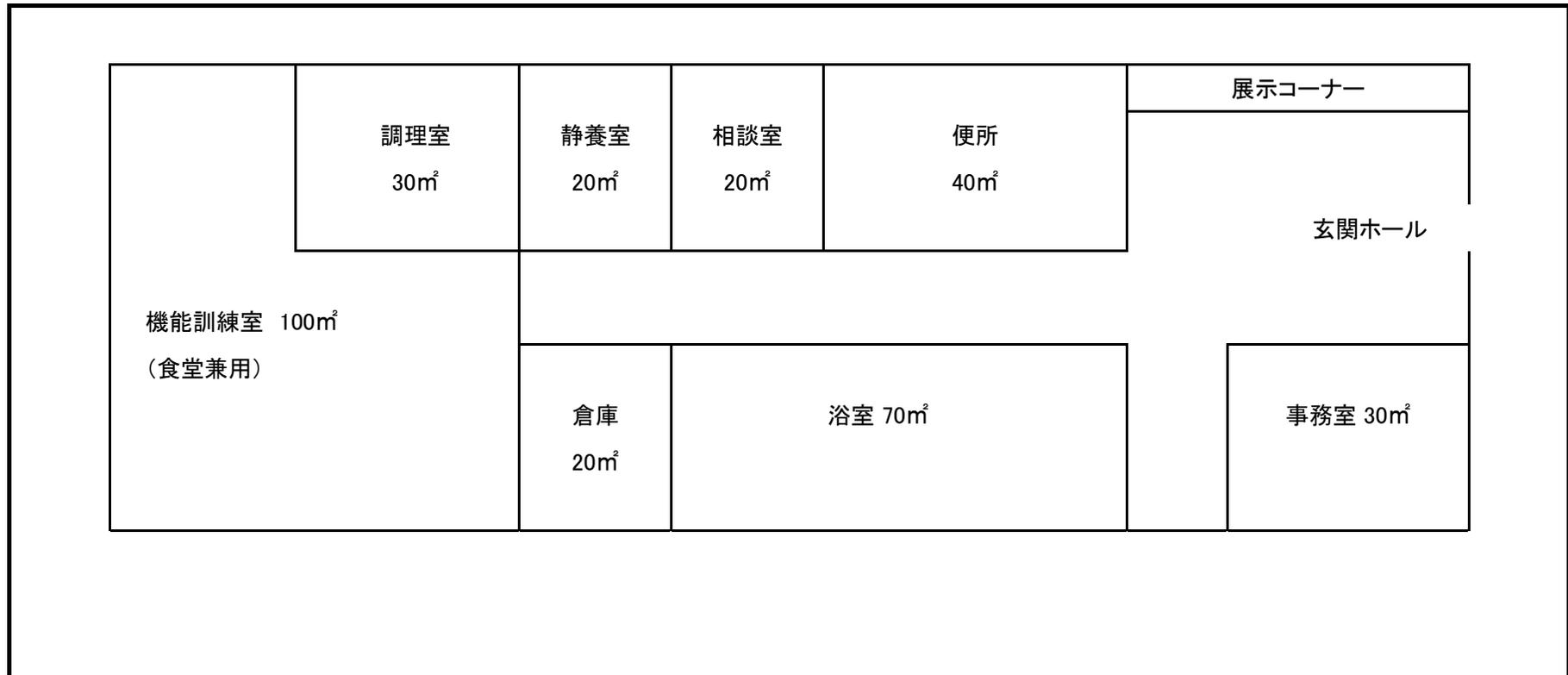
■複数事業所又はサービス提供単位4以降

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号)		都道	市区					
		府県	町村							
連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号				
	Email									
○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			㎡		利用定員(同時利用)			人		
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
サービス提供単位4	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
	営業時間				:		~		:	
	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				:		~		:		
利用定員		人								
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
サービス提供単位5	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
	営業時間				:		~		:	
	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				:		~		:		
利用定員		人								

(参考様式2)

平面図

事業所名	
------	--



- 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3)

設備等一覧表

サービス種類 ()
事業所名 ()

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	

備考 1 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。
2 「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。

(参考様式4)

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所名	
申請するサービス種類	

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 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5)

誓約書

年 月 日

殿

申請者 (名称)

(代表者の職名・氏名)

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で定める基準(平成11年厚生省令第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。)