#### (別添)

## 付表1 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(②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<br>(※1) | 更新申請<br>(※2)   | 備考 |
|---|-------------------------------------|-------|----------------|----------------|----|
| 1 | 登記事項証明書又は条例等                        |       | □ 添付           | □ 添付<br>□ 添付省略 |    |
| 2 | 従業者の勤務体制及び勤務<br>形態一覧表               | 参考様式1 | □ 添付           | □ 添付<br>□ 添付省略 |    |
| 3 | サービス提供責任者の経歴<br>※介護予防訪問介護相当<br>サービス |       | □ 添付           | □ 添付<br>□ 添付省略 |    |
| 4 | 平面図                                 | 参考様式2 | □ 添付           | □ 添付<br>□ 添付省略 |    |
| 5 | 運営規程                                |       | □ 添付           | □ 添付<br>□ 添付省略 |    |
| 6 | 利用者からの苦情を処理する<br>ために講ずる措置の概要        | 参考様式4 | □ 添付           | □ 添付<br>□ 添付省略 |    |
| 7 | 誓約書                                 | 参考様式5 | □ 添付           | □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。
- ※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     |  |
|----------|--|
| 担当者名     |  |
| 電話       |  |
| メールアト゛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

| 在 | В | В |
|---|---|---|
|   |   |   |

所在地 殿

> 名称 申請者

> > 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。

|               | フリガナ                        |                     |          |                           |       |                                   |     |                        |  |     |
|---------------|-----------------------------|---------------------|----------|---------------------------|-------|-----------------------------------|-----|------------------------|--|-----|
|               | <br>名称                      |                     |          |                           |       |                                   |     |                        |  |     |
|               | 12 17/1                     |                     |          |                           |       |                                   |     |                        |  |     |
|               | 主たる事務所の所在地                  | (郵便番号<br>都 道<br>府 県 | _        | )                         |       | 市区町村                              |     |                        |  |     |
| 申             | \± 40 4-                    | 電話番号                |          | (内線)                      |       | FAX番号                             |     |                        |  |     |
| 請             | 連絡先                         | Email               |          |                           |       |                                   |     |                        |  |     |
| 者             | 法人等の種類                      |                     |          |                           |       |                                   |     |                        |  |     |
|               | 代表者の職名・氏名・生年<br>月日          | 職名                  |          | フリガナ<br>氏 名               |       |                                   |     | 生年<br>月日               |  |     |
|               | 代表者の住所                      | (郵便番号<br>都 道<br>府 県 | _        | )                         |       | 市区町村                              |     | •                      |  |     |
| 法             | <br> <br> 人の吸収合併又は吸収分割      | !<br>割における指定申請時に☑   |          |                           |       |                                   |     |                        |  |     |
| 指             | 同一所在地において行う事業等の種類           |                     |          | 指定申請<br>対象事業等<br>(該当事業に〇) |       | 既に指定(登録)を受けてい<br>る事業等<br>(該当事業に〇) |     | 指定申請をする事業等の開<br>始予定年月日 |  | 様式  |
| 定事を           | 介護予防訪問介護相当サー                | ービス                 |          |                           |       |                                   |     |                        |  |     |
| ויונקו        | 緩和した基準による訪問型                | !サービス(定率)           |          |                           |       |                                   |     |                        |  | 付表1 |
| のよ<br>種う      | 緩和した基準による訪問型                | !サービス(定額)           |          |                           |       |                                   |     |                        |  |     |
| 類とす           | 介護予防通所介護相当サー                | ービス                 |          |                           |       |                                   |     |                        |  |     |
| 。<br>る        | 緩和した基準による通所型                | !サービス(定率)           |          |                           |       |                                   |     |                        |  | 付表2 |
|               | 緩和した基準による通所型                | !サービス(定額)           |          |                           |       |                                   |     |                        |  |     |
|               |                             | 訪問介護                | •        |                           |       |                                   |     |                        |  |     |
| DT 1 - + 15 c | ウ/み43/ナボルー・フェサ              | 基準該当訪問介護            |          |                           |       |                                   |     |                        |  |     |
|               | 定(登録)を受けている事業<br>所の種類(該当に〇) | 通所介護                |          |                           |       |                                   |     |                        |  |     |
|               |                             | 基準該当通所介護            |          |                           |       |                                   |     |                        |  |     |
|               |                             | 地域密着型通所介護           |          |                           |       |                                   |     |                        |  |     |
|               | 食事業所番号<br>                  |                     | <u> </u> | (既に指定)                    | スは許可  | を受けている場合)                         |     |                        |  |     |
|               | けている他市町村名                   | <u> </u>            |          | ! [                       |       |                                   |     |                        |  |     |
| 医療機関コード等      |                             |                     |          | (保険医療                     | 機関として | て指定を受けている:                        | 場合) |                        |  |     |

## 備考

<sup>1「</sup>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「〇」を記入してください。 2 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。 3 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

所在地 殿

> 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。

|     | フリガナ         |  |        |        |       |          |                      |                |             |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|-----|--------------|--|--------|--------|-------|----------|----------------------|----------------|-------------|-----|----|----|-----|----|----------|---|---|-----|
|     | 名称           |  |        |        |       |          |                      |                |             |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|     |              | (郵便番号                                  | 1 7    |        | -     | )        |                      |                |             |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|     | 主たる事務所の      |  | 都      | 道      |       |          |                      | 市              | 区           |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|     | 所在地          |  | 府      |        |       |          |                      |                | 村           |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
| 申   |              |  |        |        |       |          |                      | •              |             |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|     |              | 電話番号                                   |        |        |       | (内線)     |                      | ΕΔ             | 〈番号         |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
| 請   | 連絡先          | Email                                  |        |        |       | (110)(7) |                      | Ji //          | で田つ         | l   |    |    |     |    |          |   |   |     |
| 者   | 代表者の職名・氏名・生年 | Linaii                                 |        |        |       | フリガナ     | _                    |                |             |     |    |    | 生年  | 月日 |          |   |   |     |
| П   | 80           | 職名                                     |        |        |       |          |                      |                |             |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|     |              | 1-32 L                                 |        |        |       | 氏 名      |                      |                |             |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|     |              | (郵便番号                                  | 1 7    |        | -     | )        |                      |                |             |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|     |              |  | 都      | 道      |       |          |                      | 市              | 区           |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|     | 代表者の住所       |  | 府      |        |       |          |                      | 町              | 村           |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|     |              |  |        |        |       |          |                      |                |             |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|     | 事業等の種類       |  |        |        |       | 介        | 護保険事業所               | 番号             |             |     |    |    | : : | i  | i        | i | i | - : |
|     | 指定有効期間満了日    |  |        |        |       | 1        |                      |                |             |     |    |    |     |    | <u> </u> |   | - |     |
|     | フリガナ         |  |        |        |       |          |                      |                |             |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|     | 名称           |  |        |        |       |          |                      |                |             |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|     | 10 17小       |  |        |        |       |          |                      |                |             |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|     |              | (郵便番号                                  |        |        | -     | )        |                      |                |             |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
| #   | 所在地          |  | 都      |        |       |          |                      | -              | 区           |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
| 争   | カルコエンピ       |  | 府      | 県      |       |          |                      | 町              | 村           |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
| 業   |              |  |        |        |       |          |                      |                |             |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
| 所   |              | 当該事業所                                  | fの所在地  | 也以外    | の場所に当 | 該事業所     | fの一部として <sup>・</sup> | 使用る            | される事務       | 務所を | 有す | ると | き   |    |          |   |   |     |
| ולל | フリガナ         |  |        |        |       |          |                      |                |             |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|     | 名称           |  |        |        |       |          |                      |                |             |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|     |              | (Ta   Ta   Ta   Ta   Ta   Ta   Ta   Ta |        |        |       |          |                      |                |             |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|     |              | (郵便番号                                  |        |        | -     | )        |                      |                | _           |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|     | 主たる事務所の      |  | 都      |        |       |          |                      | -              | 区           |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|     | 所在地          |  | 府      | 県      |       |          |                      | 町              | 村           |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|     |              |  |        |        |       |          |                      |                |             |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|     | フリガナ         |  |        |        |       |          |                      |                |             |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|     | 氏名           |  |        |        |       |          |                      |                | 生年月日        | 1   |    |    |     |    |          |   |   |     |
| 管   |              | /和压亚口                                  |        |        |       | `        |                      |                |             |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
| 管理者 |              | (郵便番号                                  |        | 米      | -     | )        |                      | <del>,</del> ± | 区           |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
| 18  | 住所           |  | 都<br>府 | 道<br>県 |       |          |                      |                | 区<br>村      |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|     |              |  | 村      | 乐      |       |          |                      | шј             | <b>∱</b> /J |     |    |    |     |    |          |   |   |     |
|     |              |  |        |        |       |          |                      |                |             |     |    |    |     |    |          |   |   |     |

- 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、 備考

  - 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1 訪問型サービス事業所の指定に係る記載事項

| サービフ括叛(武火にへ)            |  | <br>  介護予防訪問介護相当サービス                                   |            |              | ∕亞 壬□               | した基準による訪問      | HILL LJ 7    | 定率 |  |
|-------------------------|--|--|------------|--------------|---------------------|----------------|--------------|----|--|
| <i>,</i> – c            | ・人性類(該当にし)   | が後で図る  | が同が護伯ヨッーに  | -^           | 液和                  | した基準による訪问的     | ゼリーに入        | 定額 |  |
|                         | フリガナ   |  |            |              |                     |                |              |    |  |
|                         | 名称   |  |            |              |                     |                |              |    |  |
| 事                       |  | (郵便番   | 号 -        | )            |                     |                |              |    |  |
| 業                       | =======================================                                      |  | 都 道        |              |                     | 市区             |              |    |  |
|                         | 所在地  |  | 府 県        |              |                     | 町 村            |              |    |  |
| 所                       |  |  |            |              |                     |                |              |    |  |
|                         | `= <i>\theta</i> +   | 電話番号   |            | (内線)         |                     | FAX番号          |              |    |  |
|                         | 連絡先  | Email  |            |              |                     |                |              |    |  |
|                         | フリガナ   |  |            |              | (郵便                 | 番号 -           | )            |    |  |
| 管                       | 氏 名  |  |            | 住所           |                     |                |              |    |  |
| E                       | 生年月日   |  |            |              |                     |                |              |    |  |
| 理                       | 訪問   | 介護員等と  | との兼務の有無    |              |                     | □有             |              | Ħ  |  |
| 者                       | 同一敷地内の他の事  | 事業所又は  | 名称         |              |                     |                |              |    |  |
|                         | 施設の従業者との兼<br>場合記入)   | 務(兼務の  | 兼務する職      |              |                     |                |              |    |  |
|                         | <u>                                     </u>                                 | =======================================                | 及び勤務時      | 間等           |                     |                |              |    |  |
| 〇人貝                     | に関する基準の確   | 認に必要な  | 争垻         |              | =# = # <del>*</del> |                | T            |    |  |
| 従業者の職種・員                |  | 数  |            | 訪问が          | 訪問介護員等 兼務           |                |              |    |  |
|                         | F  |  | 専 従        |              |                     | 来              | _            |    |  |
|                         | <b>当 #1/1</b>  | `  |            |              |                     |                |              |    |  |
|                         | 常勤(人   |  |            |              |                     |                | _            |    |  |
|                         | 非常勤()  | ()   |            |              |                     |                |              |    |  |
|                         | 非常勤(ノ<br>常勤換算後のノ   | 人)<br>人数(人)  |            |              |                     |                |              |    |  |
|                         | 非常勤()  | し)<br>人数(人)<br>人)                                      |            |              |                     | (郵届来早          | <u> </u><br> | )  |  |
| +                       | 非常勤() 常勤換算後の 別利用者の推定数(   | 人)<br>人数(人)<br>人)<br>フリガナ                              |            |              | 住所                  | (郵便番号          | -            | )  |  |
|                         | 非常勤()<br>常勤換算後の)<br>利用者の推定数(<br>ナービス提供<br>責任者                                | 人)<br>人数(人)<br>人)<br>フリガナ<br>氏 名                       |            |              |                     |                | -<br>-       | •  |  |
| ※介護                     | 非常勤() 常勤換算後の 別利用者の推定数(   | 人)<br>人数(人)<br>人)<br>フリガナ<br>氏 名<br>フリガナ               |            |              | 住所住所                | (郵便番号<br>(郵便番号 | -<br>-       | )  |  |
| ※介護                     | 非常勤()<br>常勤換算後の)<br>利用者の推定数(<br>ナービス提供<br>責任者<br>予防訪問介護相当                    | 人)<br>人数(人)<br>人)<br>フリガナ<br>氏 名                       | S-IJ       |              |                     |                | -<br>-       | •  |  |
| ※介護                     | 非常勤()<br>常勤換算後の)<br>利用者の推定数(<br>ナービス提供<br>責任者<br>予防訪問介護相当<br>ナービス該当時         | 人)<br>人数(人)<br>人)<br>フリガナ<br>氏 名<br>フリガナ<br>氏 名        | ક <b>ા</b> |              |                     |                | -<br>-       | •  |  |
| <b>※介護</b><br>サ         | 非常勤()<br>常勤換算後の)<br>利用者の推定数(<br>ナービス提供<br>責任者<br>手が訪問介護相当<br>ナービス該当時<br>添付書類 | 人)<br>人数(人)<br>人)<br>フリガナ<br>氏名<br>フリガナ<br>氏名<br>別添のとお |            |              | 住所                  | (郵便番号          | -<br>-       | •  |  |
| <b>※介護</b><br>サ         | 非常勤()<br>常勤換算後のの<br>利用者の推定数(<br>ナービス提供<br>責任者<br>予防訪問介護相当<br>ナービス該当時<br>添付書類 | 人)<br>人数(人)<br>人)<br>フリガナ<br>氏名<br>フリガナ<br>氏名<br>別添のとお | 所在地以外の     | 場所で一部        | 住所                  | (郵便番号          | -            | •  |  |
| <b>※介護</b><br>サ         | 非常勤()<br>常勤換算後の)<br>利用者の推定数(<br>ナービス提供<br>責任者<br>手が訪問介護相当<br>ナービス該当時<br>添付書類 | 人)<br>人数(人)<br>人)<br>フリガナ<br>氏名<br>フリガナ<br>氏名<br>別添のとお |            | 場所で一部        | 住所                  | (郵便番号          | -            | •  |  |
| <b>※介護</b><br>サ         | 非常勤()<br>常勤換算後のの<br>利用者の推定数(<br>ナービス提供<br>責任者<br>予防訪問介護相当<br>ナービス該当時<br>添付書類 | 人)<br>人数(人)<br>人)<br>フリガナ<br>氏名<br>フリガナ<br>氏名<br>別添のとお |            | 場所で一部        | 住所                  | (郵便番号          | -            | •  |  |
| <b>※介護</b><br>サ         | 非常勤() 常勤換算後の) 利用者の推定数(ナービス提供責任者 予防訪問介護相当ナービス該当時 添付書類 フリガナ                    | 人)<br>人数(人)<br>人)<br>フリガナ<br>氏名<br>フリガナ<br>氏名<br>別添のとお | f所在地以外の    | <b>場所で一音</b> | 住所                  | (郵便番号          | -            | •  |  |
| ※介護<br>サ<br>( <b>訪問</b> | 非常勤() 常勤換算後の) 利用者の推定数(ナービス提供責任者 予防訪問介護相当ナービス該当時 添付書類 フリガナ                    | 人)<br>人数(人)<br>人)<br>フリガナ<br>氏名<br>フリガナ<br>氏名<br>別添のとお | f所在地以外の    |              | 住所                  | (郵便番号          | -            | •  |  |

電話番号

Email

所

連絡先

- 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 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。

(内線)

FAX番号

# (参考)付表1 訪問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

■サービス提供責任者

| サービス提供責任者              | フリガナ | 住所     | (郵便番号 | _ | ) |
|------------------------|------|--------|-------|---|---|
|                        | 氏 名  | 江土门    |       |   |   |
|                        | フリガナ | 住所     | (郵便番号 | _ | ) |
|                        | 氏 名  | 土別     |       |   |   |
| ※介護予防訪問介護相当<br>サービス該当時 | フリガナ | 住所     | (郵便番号 | _ | ) |
| , 2,                   | 氏 名  | ולו בו |       |   |   |
|                        | フリガナ | 住所     | (郵便番号 | _ | ) |
|                        | 氏 名  | 工工門    |       |   |   |

# (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

|   | <u>以争耒川</u> |         |      |       |  |
|---|-------------|---------|------|-------|--|
|   | フリガナ        |         |      |       |  |
|   | 名 称         |         |      |       |  |
| 事 |             | (郵便番号 - | )    |       |  |
| 業 | =r +- 1.1.  | 都 道     |      | 市区    |  |
| 所 | 所在地         | 府 県     |      | 町 村   |  |
|   |             |         |      | 11    |  |
|   | <b>油级</b>   | 電話番号    | (内線) | FAX番号 |  |
|   | 連絡先         | Email   |      |       |  |

# (参考様式2)

平面図

| 事業所名 |  |
|------|--|

|         |       |           |      |        | 展示コーナー  |
|---------|-------|-----------|------|--------|---------|
|         | 調理室   | 静養室       | 相談室  | 便所     |         |
|         | 30 m² | 20m²      | 20m² | 40 m²  |         |
|         |       |           |      |        | 玄関ホール   |
| 機能訓練室 1 | 00 m² |           |      |        |         |
|         |       | 倉庫<br>20㎡ |      | 浴室 70㎡ | 事務室 30㎡ |

- 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。

事業所名

# 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

| 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            |
| 2 円滑がり延速に占領処理で11 | プにめの処理体制・ <u></u> 子順   |
|                  |                        |
|                  |                        |
|                  |                        |
| 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。

## 誓 約 書

| л<br>Х |             | 年 | 月 | 日 |
|--------|-------------|---|---|---|
| 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)

殿

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。

- ー 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。口において「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。口において「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
- 二 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。)