

(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(☑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		☐ 添付	☐ 添付 ☐ 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	☐ 添付	☐ 添付 ☐ 添付省略	
3	サービス提供責任者の経歴 ※介護予防訪問介護相当 サービス		☐ 添付	☐ 添付 ☐ 添付省略	
4	平面図	参考様式2	☐ 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	参考様式4	☐ 添付	☐ 添付 ☐ 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	
メールアドレス	

年 月 日

所在地

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

- 1 「指定申請対象事業等」に既に指定(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。
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、建物名や郵便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										
	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									
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1 訪問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	
						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						
	訪問介護員等との兼務の有無				☐ 有	☐ 無	
	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				
○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		訪問介護員等					
		専 従		兼 務			
常 勤(人)							
非常勤(人)							
常勤換算後の人数(人)							
利用者の推定数(人)							
※サービス提供責任者 ※介護予防訪問介護相当サービス該当時	フリガナ			住所	(郵便番号 -)		
	氏 名						
	フリガナ			住所	(郵便番号 -)		
	氏 名						
添付書類		別添のとおり					

(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)

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				

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、従業員については、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。

(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 ※介護予防訪問介護相当 サービス該当時	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏 名			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏 名			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏 名			
フリガナ		住所	(郵便番号 -)	
氏 名				

(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)

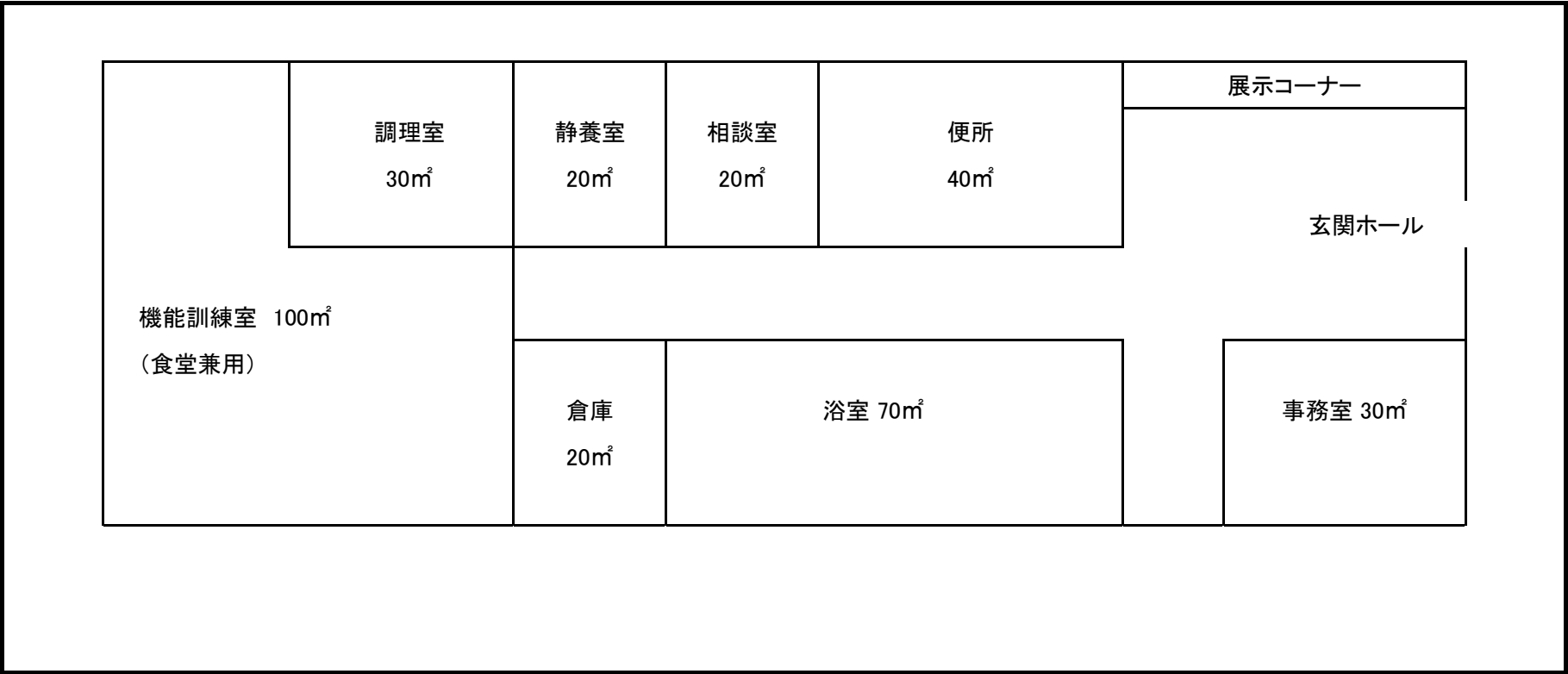
■複数事業所

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			

(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。

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。)