

受付番号

指 定 更 新 申 請 書

年 月 日

大 村 市 長 様

所在地
申請者 名称 印

生きがい対応型訪問サービス事業者、軽度生活支援員派遣サービス事業者、生きがい対応型通所サービス事業者又は高齢者活動支援サービス事業者の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。

事業所所在市町村番号

申請者	フリガナ						
	名 称						
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 -) 県 郡市				
			(ビルの名称等)				
	連絡先		電話番号			FAX 番号	
	法人の種別				法人所轄庁		
	代表者の職名・氏名・生年月日		職名	フリガナ 氏名		生年月日	
指定更新を受けようとする事業所の種類	代表者の住所		(郵便番号 -) 県 市				
	事業所等の所在地		(郵便番号 -) 県 市				
	同一所在地において行う事業の種類			実施事業	現に指定を受けている事業の指定年月日	現に指定を受けている有効期間の満了年月日	様式
	訪問型サービス	生きがい対応型訪問サービス					付表 1-1
		軽度生活支援員派遣サービス					付表 1-2
	通所型サービス	生きがい対応型通所サービス					付表 1-3
		高齢者活動支援サービス					付表 1-4
介護保険事業所番号			(既に指定を受けている場合)				
指定を受けている他市町村名							
医療機関コード等							

備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」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、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、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「現に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、該当する欄に事業開始時の指定年月日を記載してください。
- 6 「現に指定を受けている有効期間の満了年月日」欄は、現在を受けている指定の有効期間が満了する年月日を記載してください。
- 7 保険医療機関、保健薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。
- 8 既に介護予防・日常生活支援総合事業の指定を受けている事業者が、介護予防・日常生活支援総合事業の指定更新を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて、申請書への記載又は書類の提出を省略できます。

付表1-1 生きがい対応型訪問サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 ー) 県 都市			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 ー)	
	氏名				
	生年月日				
	訪問介護員等との兼務の有無			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 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	フリガナ		住所	(郵便番号 ー)	
	氏名				
	フリガナ		住所	(郵便番号 ー)	
	氏名				
添付書類	別添のとおり				

(生きがい対応型訪問サービス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 ー) 県 都市			
	連絡先	電話番号		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。

(別添)

付表1-1 生きがい対応型訪問サービス事業所の指定(更新)に係る記載事項 添付書類

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1
3	サービス提供責任者の経歴	
4	平面図	参考様式2
5	設備等一覧表	参考様式3
6	運営規程	
7	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
8	誓約書	参考様式6

備考

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」

(留意事項)

付表1-1 生きがい対応型訪問サービス事業所の指定(更新)に係る記載事項 添付書類

	添付書類	留意事項
1	登記事項証明書又は条列等	・登記事項証明書(法人登記簿謄本)は発行から3月以内のものを添付すること。
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	・参考様式1 ・原則、指定月の4週間分の勤務予定表を提出すること。 ・従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、専従・兼務の別を明確にすること。 ・勤務予定表で氏名を記載した順に資格者証の写しを添付すること。
3	サービス提供責任者の経歴	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」 ※「3年以上介護等の業務に従事した者であって、介護職員初任者研修課程を修了したもの」(介護職員基礎研修課程又は1級課程を修了した者を除く。)については、平成30年4月1日以降サービス提供責任者の任用要件に該当しなくなると、平成30年3月31日時点で生きがい対応型訪問サービス事業所においてサービス提供責任者として従事している者に限り、1年間の経過措置が設けられている。なお、看護師等の資格を有する者については、1級課程の全科目を免除することが可能とされていたことから、3年以上の実務経験は要件としないものであること。
4	平面図	・参考様式2 ・記載する面積は、有効面積(内法)とすること。
5	設備等一覧表	・参考様式3 ・生きがい対応型訪問サービスの提供に必要な設備及び備品等を記載すること。
6	運営規程	・下記項目が記載された運営規程を添付すること。 (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 (4) 生きがい対応型訪問サービス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) 緊急時等における対応方法 (7) その他運営に関する重要事項
7	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
8	誓約書	参考様式6

備考

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」

(参考様式1)

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (年 月分) サービス種類()

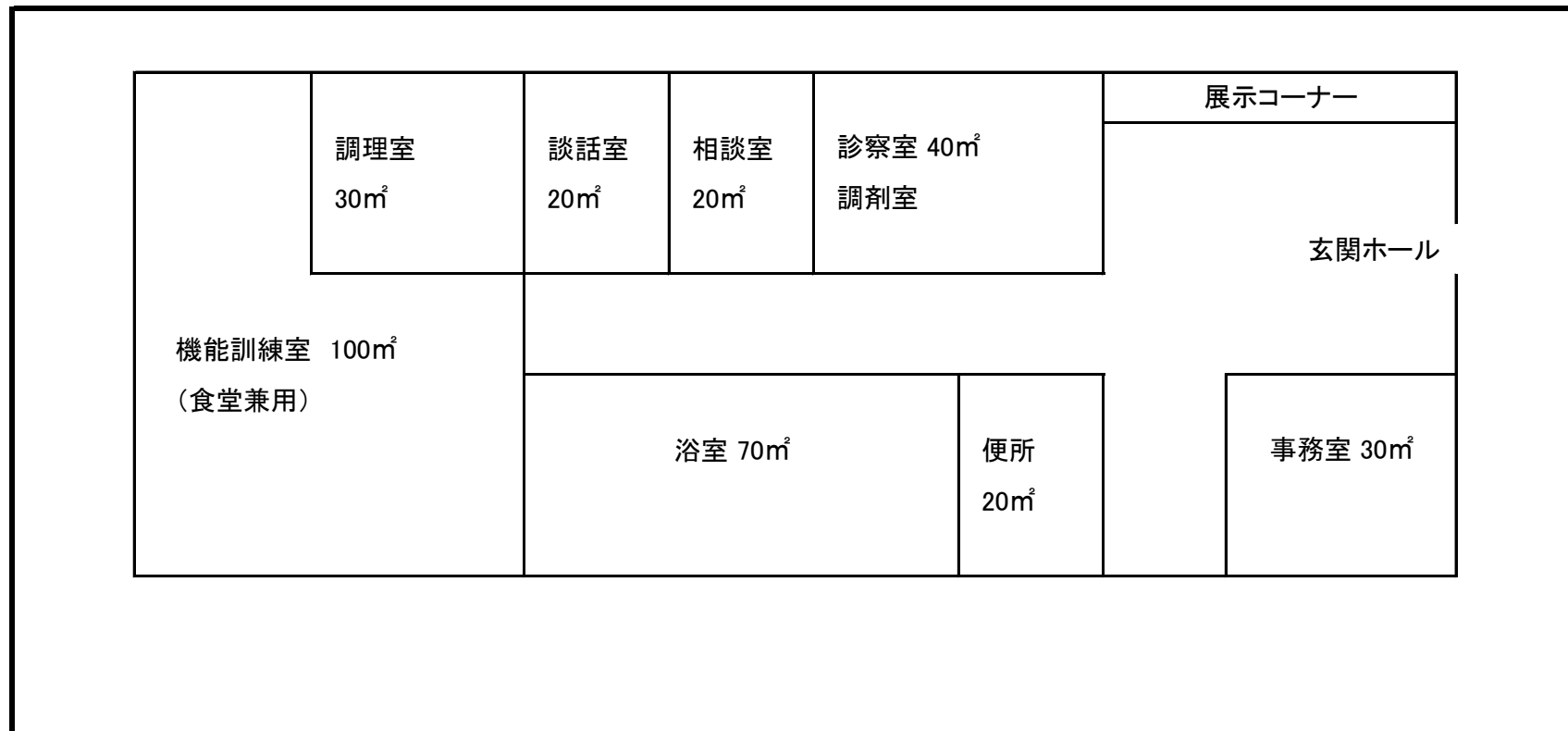
事業所・施設名()

職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28																
			*																																											
	(記載例-1)		①	①	③	②	④	①	④																																					
	(記載例-2)		ab	ab	ab	cd	de	e	e																																					

- 備考 1 *欄には、当該月の曜日を記入してください。
 2 申請する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を記入してください。勤務時間後とあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し、その番号を記入してください。
 (記載例1-勤務時間 ①8:30~17:00、②16:30~1:00、③0:30~9:00、④休日)
 (記載例2-サービス提供時間 a 9:00~12:00、b 13:00~16:00、c 10:30~13:30、d 14:30~17:30、e 休日)
 3 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B~Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。
 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」をすべて足し、常勤の従業員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、氏名及び当該業務の勤務時間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2)
平面図

事業所・施設の名称	
-----------	--



- 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

事業所又は施設名	
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	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)

介護保険法第115条の45の5第2項に該当しない旨の誓約書

平成 年 月 日

大村市長 様

所在地
申請者
名 称
代表者名
住 所
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

(指定事業者の指定)

第百十五條の四十五の五 第百十五條の四十五の三第一項の指定（第百十五條の四十五の七第一項を除き、以下この章において「指定事業者の指定」という。）は、厚生労働省令で定めるところにより、第一号事業を行う者の申請により、当該事業の種類及び当該事業の種類に係る当該第一号事業を行う事業所ごとに行う。

2 市町村長は、前項の申請があった場合において、申請者が、厚生労働省令で定める基準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ときは、指定事業者の指定をしてはならない。

(法第百十五條の四十五の五第二項の厚生労働省令で定める基準)

第百四十條の六十三の六 法第百十五條の四十五の五第二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つて、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（平成二十七年厚生労働省令第四号）第五条の規定による改正前の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（平成十八年厚生労働省令第三十五号。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（平成十八年厚生労働省令第三十七号。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 平成二十六年改正前法第五十四条第一項第三号又は法第五十九条第一項第二号に規定する離島その他の地域であつ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、平成二十六年改正前法第五十四条第一項第三号又は法第五十九条第一項第二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。）