事業者指定申請について

（特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売）

泉佐野市・泉南市・阪南市・熊取町・田尻町・岬町

広域福祉課

202004

（書類作成の留意事項）

【記入例】

添付書類については、**A４サイズ**（日本工業規格Ａ列４番）とし**片面のみを使用**してください。運営規程等枚数があるものは、袋綴じや糊付けは行わずにホッチキス等によりまとめてください。

※登記事項証明書等原本の添付が必要なものはこの限りではありません。

Ａ４サイズより大きなものは、Ａ４に縮小してサイズを合わせてください、ただし、縮小により内容が判別できないものは、等倍または拡大してＡ３サイズとして下さい。

目　　次

１　介護保険居宅サービス事業者等の指定申請の申請期間等について……１

２　指定申請にあたって……２

３　指定を受けるための要件について……２

４　人員及び設備に関する基準について……４

５　指定申請に必要な書類と作成方法……５

７　申請書等の記入例等……10

８　特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業者の申請に必要な書類一覧　（チェックリスト）…… 25

９　居宅サービス・介護予防サービス申請書等様式……27

１　介護保険居宅サービス事業者等の指定申請の申請期間等について

（１）　受付期間

申請受付は、下記リンクのとおりです（土・日・祝日及び 12 月 29 日～1 月 3 日を除く）。

https://www.city.izumisano.lg.jp/kakuka/kenkou/kouiki/menu/kyotakusa_bisu/sinkisitei/1364891376068.html

【お願い】
※上表に掲げる申請期間以外は、当該事業における指定申請の受付等は行いません。
※上表に示す申請受付期間等については、変更となる場合があります。
※申請予約締め切り期日前であっても、申請予約数が予約枠の上限に達した場合、申請予約を終了します。
あらかじめ余裕をもって予約をお願いします。
※申請の予約は、事業開始日（指定日）の２カ月前から受付します。

（２）　申請

指定を受けるにあたっては、上記の期間内に申請書を提出し、「受理」されることが必要です。

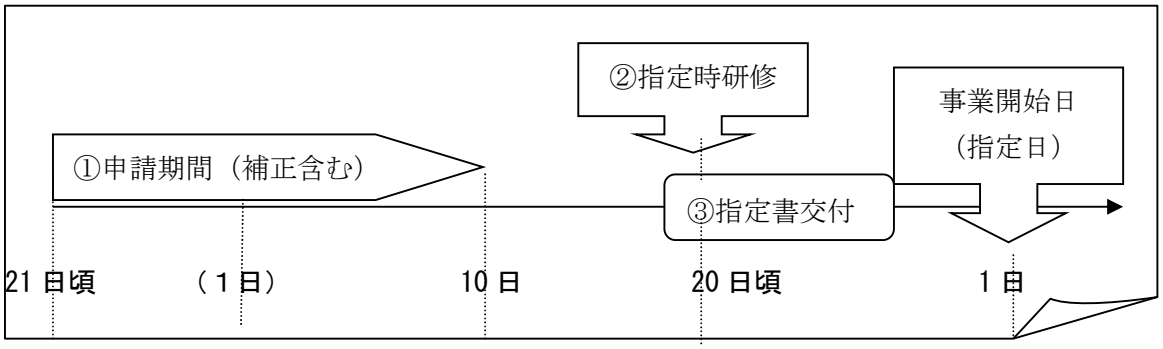
（書類に不備があり、その補正が完了しないものについては、受理できません。また、誤字、脱字についても、修正では受理できません。清書したものを次回ご用意ください。）

※通所介護、特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護については、施設の改修・新築の前に事前協議が終了していることが必要です。
※新築の建物については指定日までに完成すれば良いわけでありません。必ず指定申請中に建物を完成させるようにお願いします。

（３）　指定事業者の決定

審査の結果、要件を満たすものについて指定事業者として決定します。

（４）　申請から指定までの流れ



（５）　指定申請受付について

指定申請については、**予約制**としております。**「申請予約締め切り日」までに**、必ず電話等で予約の上ご持参ください。（予約されていない場合は、**受付できません**のでご留意ください。）

※　申請受付期間の後半は、書類の補正等で混雑しますので、受付期間前半でのご申請をお願いします。

〇申請予約等問い合せ先
泉佐野市・泉南市・阪南市・熊取町・田尻町・岬町　広域福祉課　介護事業者係
電　話：０７２（４９３）２０２３

２　指定申請にあたって

居宅サービス事業・介護予防サービス事業を実施するためには、人員及び設備の基準を満たしていることはもちろんのことですが、運営に関する基準に従って事業運営を実施できることが条件となります。

指定申請を行う前に必ず運営に関する基準をお読みいただき、基準どおり事業の実施が可能かどうかご判断の上、申請を行ってください。

※介護保険事業の基準上の設備（スペース）において、指定業務以外の事業の開催はできません。指定後に認知症カフェ等の指定業務とは別の事業を行う場合は、必ず事前に広域福祉課へご相談ください。設備基準及び区画の確認を行います。

３　指定を受けるための要件について

指定を受けるためには、以下の条件を満たしてなければなりません。

①　法人であること。

定款の目的欄に当該事業に関する記載のあること。

〇株式会社等の営利法人、特定非営利活動法人の場合

（記載例）

特定福祉用具販売を行う場合：介護保険法に基づく居宅サービス事業

特定介護予防福祉用具販売を行う場合:介護保険法に基づく介護予防サービス事業

以上の記載がない場合は、あらかじめ定款及び登記の変更手続きを完了させておいてください。

但し、既に当該法人の定款、法人登記に「介護保険法による特定福祉用具販売事業、介護保険法による特定介護予防福祉用具販売事業」との記載がある場合は、定款及び登記の変更手続きは、必要ありません。

〇　医療法人、社会福祉法人等の所轄・監督官庁のある法人（特定非営利活動法人を除く。）の場合

＊　定款への記載の文言や定款変更認可の手続きについて、必ず所轄・監督官庁に相談の上、指定申請期間内に手続きを完了させてください。

なお、登記の変更手続きについても併せて、指定申請期間内に手続きを完了させてください。

②　事業所従業者の知識及び技能並びに人員が、

特定福祉用具販売事業の場合は、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」（平成２４年大阪府条例１１５号）に定める基準及び員数を満たしていること。

特定介護予防福祉用具販売事業の場合は、「大阪府指定介護予防サービス事業者の指定並びに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を定める条例」（平成２４年大阪府条例１１６号）に定める基準及び員数を満たしていること。

③　事業所の設備が、大阪府条例に定める基準を満たしていること。

④　大阪府条例に定める運営に関する基準に従って適正な事業の運営ができること。

⑤　特定福祉用具販売と特定介護予防福祉用具販売を同時に行う場合

特定福祉用具販売と特定介護予防福祉用具販売を同一事業所で同時に事業を実施することができます。

この場合、特定福祉用具販売の人員基準、設備基準を満たしていれば、介護特定介護予防福祉用具販売の人員基準、設備基準を満たしたものとします。

⑥　特定福祉用具販売、特定介護予防福祉用具販売、福祉用具貸与と介護予防福祉用具貸与を同時に行う場合

この場合、特定福祉用具販売の人員基準、設備基準を満たしていれば、福祉用具貸与、介護予防福祉用具貸与、特定介護予防福祉用具販売の人員基準、設備基準を満たしたものとします。

なお、福祉用具貸与と介護予防福祉用具貸与を行う場合は、別に申請を行う必要があります。

⑦ 介護サービスと介護予防サービスの名称について

類似名称使用の混乱を避けるため介護サービスと対をなす介護予防サービスでは同一名称に統一し申請してください。

※　また指定は、サービスの種類及び事業を実施する所在地ごとに受けなければなりません。

４　人員及び設備に関する基準について

（１）人員に関する基準

職種	資格要件	配置基準
管理者	なし	専らその職務に従事する常勤の者１名
専門相談員	介護福祉士、義肢装具士、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、厚生労働大臣又は都道府県知事が指定した講習会の課程を修了した者	常勤換算方法で２以上

【注】

①　「専ら従事する」とは、原則として当該事業における勤務時間を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいいます。

②　「常勤換算方法」とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤従業者が勤務すべき時間（３２時間を下回る場合は３２時間を基本）で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいいます。

③　介護保険法施行令の改正（平成２７年４月１日施行）により、養成研修修了者（介護職員初任者研修課程修了者、旧介護職員基礎研修課程修了者、旧訪問介護員養成研修１級課程修了者、旧訪問介護員養成研修２級課程修了者）は、資格要件から削除されました。

（２）設備に関する基準

設備基準	内容等
事業の運営を行うために必要な広さの専用の区画	・事務室 職員、設備備品が収容できる広さを確保すること。 ・相談スペース（相談室） 遮へい物の設置等により相談の内容が漏えいしないよう配慮したものであること。 ・福祉用具販売事業を行うために必要な設備、備品

５　指定申請に必要な書類と作成方法

指定申請手続きに必要な書類は以下のとおりです。

（１）指定申請に必要な書類

①　指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者指定申請書
（様式第１号）

②　特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業者の指定に係る記載事項
（付表１０）

③　添付書類

（２）申請書類作成にあたっての留意事項

①　使用する印鑑は、すべて法務局に登録されている法人の代表者印を使用してください。

②　申請書類の大きさは、特段に定めがない限り、Ａ４サイズ（日本工業規格Ａ列４番）としてください。

（３）申請に必要な書類の説明

①　指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者指定申請書
（様式第１号）

記入例（10 頁）をご参照ください。

②　特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業者の指定に係る記載事項
（付表１０）

記入例（12 頁）をご参照ください。

③　添付書類

ア　申請者の定款、寄附行為等の写し及びその登記事項証明書又は条例等の写し

※	提出書類	様式等	説　明
□	法人登記事項証明書（履歴	原本提出	・申請に係る事業を実施する旨の記載があることが必要です。

	事項全部証明書）		・発行後、３ヶ月を経過していないものを添付してください。

イ　当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類

※	提出書類	様式等	説　明
□	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式 １－１	・管理者及び従業者全員について、毎日の勤務時間数（４週間分）を記載してください。 ・職種は、管理者、専門相談員、その他（事務員等）に区分して記載してください。 ・常勤換算は、管理者・事務員を除き、専門相談員の勤務延時間数により換算してください。 ・備考欄に営業日、営業時間及びサービス提供時間を記載してください。（14 頁参照）
□	専門相談員の資格を証明するものの写し		・資格証等の写しを「従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表」に記載した氏名の順に並べて提出してください。
□	組織体制図	参考資料１	・管理者や従業者が他の事業の管理者等を兼ねる場合は、兼務関係が明確にわかるように作成してください。（15 頁参照）

ウ　事業所の平面図及び設備の概要を記載した書類

※	提出書類	様式等	説　明
□	平面図	参考様式３	・当該事業に使用する箇所（事務室、相談室等）のレイアウト及び各部屋の面積がわかるように作成してください。 （16 頁参照） ・他のサービス等と事業所を共用する場合は専用区画と共用区画をマーカー等で区画分けしてください
□	写真		・事業所の外観（入口等が利用者にとってわかりやすいか）及び上記平面図で示した箇所の内部の広さや設備・備品の配置状況がわかるカラー写真をＡ４の台紙に貼付し（電子ファイル出力可）、上記平面図に撮影方向を明示した上で添付してください。
□	案内図		・最寄駅から事業所までの案内図（事業所名、所在地、連絡先、最寄り駅からの所要時間等記載したもの）を作成してください。 ・マーカー等で最寄駅から事業所までの道程を記載してください。 ・パンフレット等を作成しており、上記の項目が記載されている場合は、それを添付し

			ていただいても結構です。
□	賃貸借契約書の写し		・事業所が申請者（法人）所有でない場合に添付してください。 ・法人名称や事業所住所等の記載については正確に記載したもので契約を行ってください。
□	設備・備品等一覧表	参考様式５	・事業所に備え付けの設備及び備品一覧（品名・数量等）を記載してください。 （18 頁参照）

エ　運営規程

※	提出書類	様式等	説　明
□	運営規程	参考資料 ５－１１	・以下の内容を具体的に記載した運営規程を作成してください。 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 申し込みや相談受付けが可能な日・時間を記載してください。また、年間の休日も記載してください。 ④特定福祉用具販売［特定介護予防福祉用具販売］の提供方法、内容及び利用料その他の費用の額 ・利用料については、取り扱う種目ごとに規格等を記載して、料金表（カタログ可）を作成してください。 ⑤通常の事業の実施地域 市町単位での設定を基本とします。同一市町内で詳細に定める場合は、客観的にわかるように定めてください。 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 （19 頁参照）

オ　利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類

※	提出書類	様式等	説　明
□	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６	・次の事項について、具体的に記載してください。 ①利用者等からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口・担当者の設置（担当者名や連絡先） ※各事業所所在地の介護保険課、広域福祉課及び大阪府国民健康保険団体連合会の連絡先についても記載してください。 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 （24 頁参照）

カ　当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書類

※	提出書類	様式等	説　明
□	損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類		・保険に加入している場合は、損害賠償責任保険証書の写し（手続中の場合は、申込書と領収書の写し）を添付してください。 ・申請事業が保険の対象と分からない場合、保険のパンフレット等の添付も必要です。 ・手続中の場合は、申込書と領収書の写しに加え、指定までに損害賠償責任保険証書の写しを必ず提出するという旨の確約書を添付してください。

キ　当該申請に係る事業の指定を受けるにあたって、居宅サービス事業（特定福祉用具販売）にあっては、介護保険法第 70 条第 2 項各号に該当しない旨の誓約書、介護予防サービス事業（特定介護予防福祉用具販売）にあっては、介護保険法第 115 条の 2 第 2 項各号に該当しない旨の誓約書

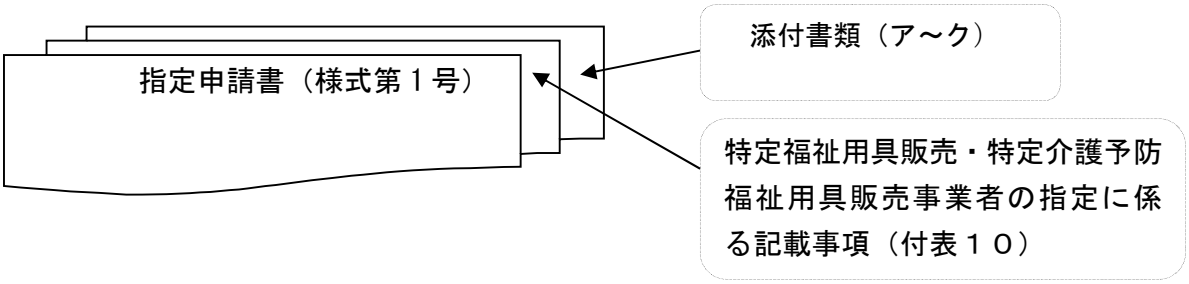
※	提出書類	様式等	説　明
□	誓約書	参考様式９	・参考資料９（35 頁参照） ①特定福祉用具販売と特定介護予防福祉用具販売を両方行う事業所は、ＡとＢを〇で囲んでください。②特定福祉用具販売事業のみ行う事業所は、Ａのみ〇で囲んでください。③特定介護予防福祉用具販売のみを行う事業所は、Ｂのみ〇で囲んでください。 ①、②、③いずれの場合も署名欄を記入し法人の代表者印を押印してください。

ク　社会保険及び労働保険の加入状況にかかる確認書類

※	提出書類	様式等	説　明
□	社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認表	別紙１	・社会保険の加入状況について確認しますので、記載して必要書類を添付してください。

（４）　申請書類の提出方法

提出に際しては、以下の順番に綴って提出してください。



※１　書類の提出の前に 25 頁「特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業者の申請に必要な書類一覧（チェックリスト）」により漏れがないか確認の上ご提出ください。

※２　特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売を同時に申請する場合も、提出用の書類は一部でかまいません。

※３　提出の際には、申請者控えを１部ご用意ください。

６　その他提出書類について

〇業務管理体制に係る届出書

法人として初めて事業所指定を受ける場合、大阪府福祉部高齢介護室介護事業者課居宅グループへの届出が必要となります。

様式第１号（第３条関係）

（記　入　例）

指定居宅サービス事業者・指定居宅介護支援事業者・
・指定介護予防サービス事業者指定申請書

令和　　年　月　日

○○市長・町長　　様

主たる事務所の所在地　　大阪市中央区○○町一丁目○番○号□ビル５階

申請者　名　称　　株式会社　×××××

代表者の職・氏名　　代表取締役　○△　×□　　㊞

［法人以外の者にあっては、住所及び氏名］

介護保険法 第70条第１項 / 第79条第１項 / 第115条の２第１項 の規定により、指定居宅サービス事業者 / 指定居宅介護支援事業者 / 指定介護予防サービス事業者 に係る指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

法人登記事項証明書に記載されている法人の名称、所在地、代表者の職名、氏名及び住所

申請書裏面２参照　営利法人（株式会社・有限会社等）は、記入不要

申請者	フリガナ	カブシキガイシャ　××××××			
	名称又は氏名	株式会社　×××××			
	主たる事務所の所在地又は住所	（郵便番号５４０－××××） 大阪　府　大阪　市 中央　区　○○町一丁目○番○号□ビル５階			
	申請者の連絡先	電話番号	０６－６９４１－××××	FAX 番号	０６－６９４１－××××
	法人の種別	株式会社		法人の所轄庁	
	代表者の職・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ	○△　×□
		生年月日	昭和○○年○月○日生	氏名	○△　×□
	代表者の住所	（郵便番号 540-XXXX）大阪　市 大阪　府　　中央　区　○○町五丁目○番○号			
		電話番号	０６－６９４１－××××	FAX 番号	０６－６９４１－××××

※名称、所在地等については法人登記事項証明書や賃貸借契約書に従って正確に記載してください。

（例１）泉佐野市１－１－１　×
　　泉佐野市１丁目１番１号　×
　　泉佐野市一丁目１番１号　○

（例２）株式会社　○○○

　　訪問介護ステーション　○○

　　スペースあけるかどうか

指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ	○×カイゴサービス				
	名　　称	○×介護サービス				
	事業所の所在地	(郵便番号５４０－××××) 大阪市中央区○○町一丁目○番○号□ビル５階				
	事業所の連絡先	代表電話番号	０６－６９４１－××××			
	同一所在地において行う事業又は施設の種類		実施事業又は施設	指定申請をする事業の開始予定年月日	既に指定等を受けている事業又は施設の指定(許可)年月日	添付する付表
	指定居宅サービス	訪問介護				付表1
		訪問入浴介護				付表2
		訪問看護	○		R××．×．×	付表3
		訪問リハビリテーション				付表4
		居宅療養管理指導				付表5
		通所介護				付表6
		通所リハビリテーション				付表7
		短期入所生活介護				付表8の1、付表8の2
		短期入所療養介護				付表9
		特定福祉用具販売	◎	R××．×．×		付表10
		特定施設入居者生活介護				付表11
		福祉用具貸与	○	R××．×．×		付表12
	居宅介護支援事業者					付表13
	施設	介護老人福祉施設				
		介護老人保健施設				
		介護医療院				
		介護療養型医療施設				
		療養病床を有する病院・診療所				
		老人性認知症疾患療養病棟を有する病院				
	指定介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護				付表2
		介護予防訪問看護	○		R××．×．×	付表3
		介護予防訪問リハビリテーション				付表4
		介護予防居宅療養管理指導				付表5
		介護予防通所リハビリテーション				付表7
		介護予防短期入所生活介護				付表8の1、付表8の2
		介護予防短期入所療養介護				付表9
		特定介護予防福祉用具販売	◎	R××．×．×		付表10
		介護予防特定施設入居者生活介護				付表11
		介護予防福祉用具貸与	○	R××．×．×		付表12
介護保険事業所番号		2 7		(既に指定又は開設許可を受けている場合)		
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)		

申請書裏面（備考３、４、５、６）参照

備考　1　「法人の種別」の欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別を記入すること。

2　「法人の所轄庁」の欄には、申請者が行政庁(大臣、都道府県知事等)の許認可等を受けて設立された法人である場合に、その行政庁の名称を記載すること。

3　「実施事業又は施設」の欄には、今回申請するもの及び既に指定又は開設許可を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入すること。なお、複数のサービスを同時に申請する場合は、この申請書により申請するものについて該当する欄に「◎」を、別の申請書により申請するもの及び既に指定又は開設許可を受けているものについて該当する欄に「○」を記入すること。

4　「指定申請をする事業の開始予定年月日」の欄には、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載すること。

5　「既に指定等を受けている事業又は施設の指定(許可)年月日」の欄には、介護保険法による指定事業者又は介護保険施設として指定又は開設許可された年月日(介護保険法第 71 条又は第 72 条に基づき指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日、介護保険法施行法第 4 条、第 5 条、第 7 条及び第 8 条の規定に基づき指定又は開設許可があったものとみなされたものについては、「12．4．1」)を記載すること。

6　保険医療機関、保険薬局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」の欄に記載すること。

付表１０

特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	○×カイゴサービス			
	名　称	○×介護サービス			
	所在地	（郵便番号５４０－××××） 大阪市中央区○○町一丁目○番○号□ビル５階 **（ビルの場合は、名称、部屋番号を記入）**			
	連絡先	電話番号	××－××××－××××	ＦＡＸ番号	××－××××－××××
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文		第　××　条第　×　項第　×　号			

申請書（様式第１号）で記載した同一の事業所名、所在地を記入

管理者	フリガナ	○△　　×□	住所・連絡先	（郵便番号５４０－××××） 大阪市中央区○○町一丁目○番○号			
	氏　名	○△　×□					
	生年月日	昭和○○年○月○日生		電話番号	00－0000－0000	FAX 番号	00－0000－0000
	他の職務との兼務の状況（兼務がある場合のみ記入）						
	当該特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業所内での他の職務との兼務	職種					
	同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務	事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類	（福祉用具貸与、介護予防福祉用具貸与の管理者兼務する場合） ①福祉用具貸与、②介護予防福祉用具貸与				
		兼務する職種及び勤務時間	①～②管理者（9:00-18:00）８時間勤務／日				

従業者		専門相談員	
		専従	兼務
	常　勤（人）	2	
	非常勤（人）		
	常勤換算後の人数（人）	２．０	

管理者、その他職員は除くこと。
特定（介護予防）福祉用具販売事業を同時に行っている場合は専従に記入すること。（兼務ではなく一体のサービスという解釈の為）
他サービスにも時間を切り分けて勤務する職員は専従とすること

主な掲示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日	12/30-1/3, 8/13-8/15			
			○	○	○	○	○							
	営業時間	平日	9:00　～　18:00			土曜	～			日・祝	～			
		備考												
	取り扱う種目（該当に○）	腰掛便座	○	自動排泄処理装置の交換可能部品	○	入浴補助用具	○							
		簡易浴槽	○	移動用リフトのつり具の部分	○									
	販売費用の額	別添運営規程に定める料金のとおり												
	その他の費用	別添運営規程に定める料金のとおり												
	通常の事業実施地域	①泉佐野市	②泉南市	③	④	⑤								
		備考												

運営規程とあわせてください

備考　記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。

（裏）

添付書類 1　申請者の登記事項証明書又は条例等の写し 2　事業所の平面図及び設備の概要を記載した書類 3　運営規程 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を記載した書類 5　当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類 6　介護保険法第 70 条第 2 項各号又は第 115 条の 2 第 2 項各号に該当しないことを誓約する書類 7　その他指定に関し必要と認める事項を記載した書類

【記入例】

【特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売を同時に実施する場合】

事業開始月で作成してください。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表　（　　年　　月分）

サービス種類　（特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売 ）
事業所名　（ ○×介護サービス　　）

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			
			日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土			
管理者	A	○△　×□		8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8		160	40	
専門相談員	A	○○　□○		8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8		160	40	
専門相談員	C	○　△×		6c	4b		6c	4b			6c	4b		6c	4b			6c	4b		6c	4b			6c	4b		6c	4b		80	20	
専門相談員	C	××　××		4b/8	4b/8	4b/8	4b/8	4b/8			4b/8	4b/8	4b/8	4b/8	4b/8			4b/8	4b/8	4b/8	4b/8	4b/8			4b/8	4b/8	4b/8	4b/8	4b/8		80/160	20/40	
																																8 0	2. 0

同一事業所で、（介護予防）福祉用具貸与の事業を実施し、兼務する場合は、（Ａor Ｃ）になります。

◎常勤換算
40＋20＋20=80
80÷40=2.0

（備　考）　ａ：常勤の勤務時間　9:00-18:00　（うち１時間休憩）　８時間勤務　ｂ：14:00-18:00　４時間勤務
ｃ：10:00-16:00　６時間勤務
ただし、××　××は、9:00-14:00　（うち１時間休憩）　４時間を訪問介護事業所の訪問介護員として勤務

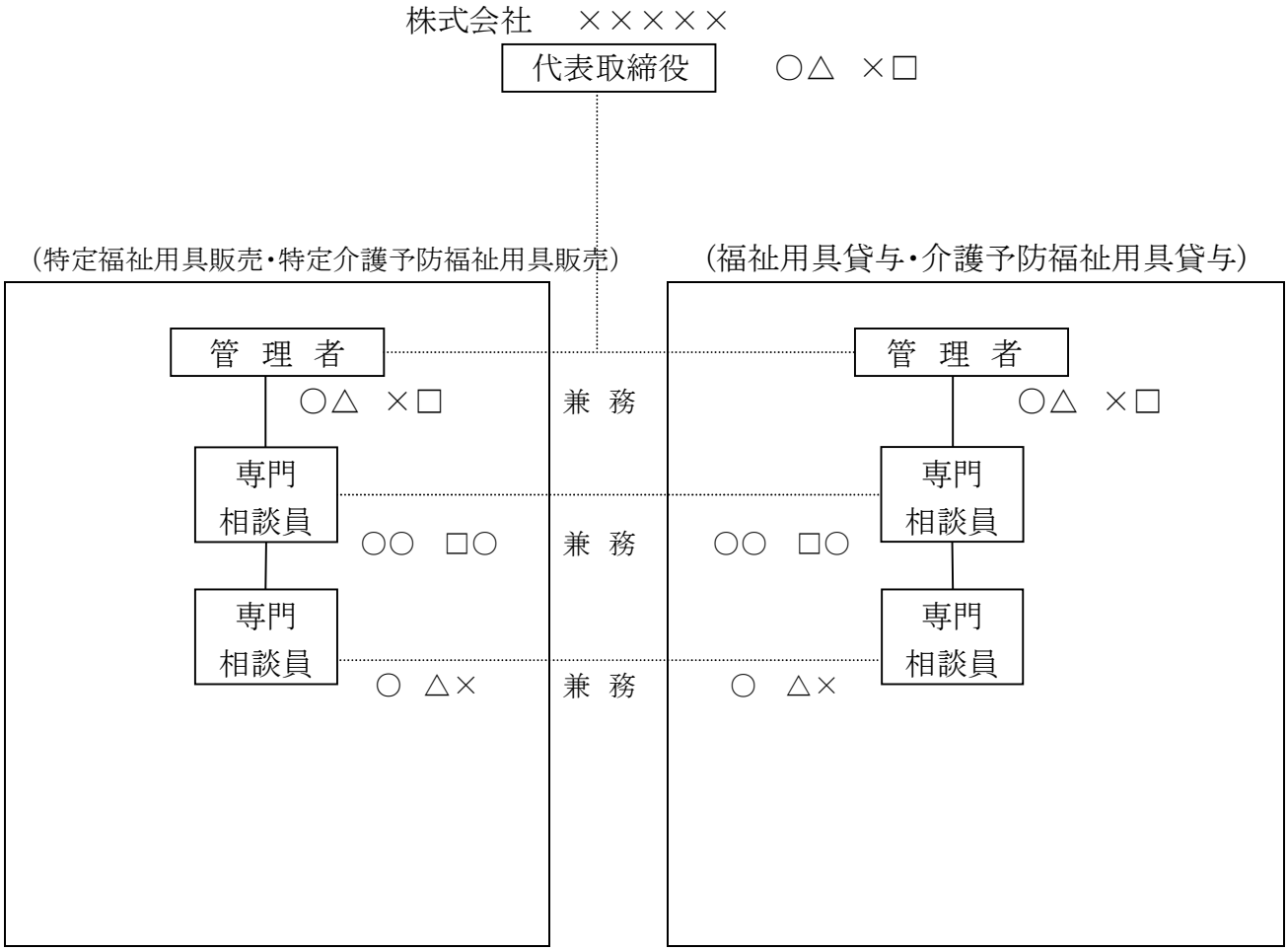
営業日　月・火・水・木・金
営業時間　9：00～18：00

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者全員（管理者を含む。）について、４週間分の勤務時間数を記入してください。
勤務時間に他の業務に従事する時間がある場合は、分母に１日の勤務時間、分子に当該業務に従事する時間を記入してください。
（例：７時間勤務のうち４時間当該業務に従事する場合　「４／７」）
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（訪問入浴は不要）は、「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、小数点第２位以下を切り捨ててください。

参考資料１

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。



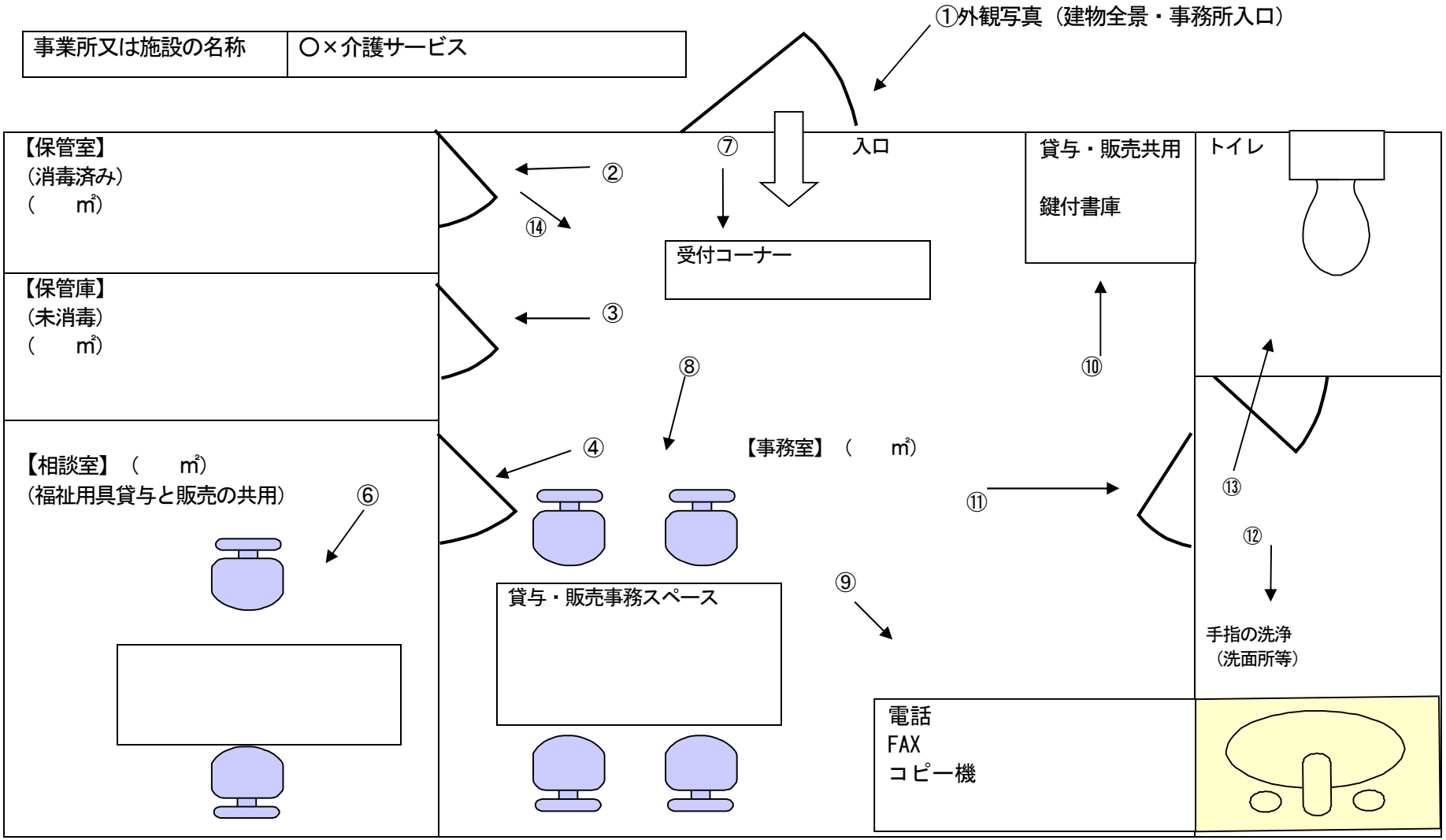
※　代表取締役　○△　×□は、勤務時間中は、管理者として専従します。

【例】

参考様式３【記入例】

事業所の平面図

事業所又は施設の名称	○×介護サービス



※　滅菌消毒等を自社にて行う場合は、事務所内に保管庫を設置してください。
※　事業を全て委託（滅菌消毒・清潔庫・不潔庫）する場合は、事務所内に保管庫等の設置は不要です。
※　写真については、電話やＦＡＸ等の備品についても揃えておくものとし、事業をすぐに開始できる状態で撮影を行ってください。
※　マル数字は、写真の撮影方向を示す。
※　洗面所等については感染症予防のため、使いまわしのタオルは使用せず、使い捨てのペーパータオルを使用し、設置していることがわかるように写真の撮影をしてください。
※　鍵付書庫は鍵を挿した状態で写真を撮影してください。
※　事務机と椅子については職員の数だけ配置してください。
※　居住区画を整理して事業を行う場合や他の事業と共用して事業を行う場合、ビルの 2 階等で事業を行う場合は、施錠や区画分けが必要となりますので、直接お問い合わせください。
※　貸与・販売事業所は同一設備（机・いす・書庫等）行うことができます。
※　事業所内の物品等の配置が分かるように撮影してください

記　入　例　　【参考様式５】

設備・備品等一覧表

サービス種類　（　特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売　）
事務所名・施設名　（　〇〇福祉用具事業所　）

部屋・設備の種類	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	展示スペース　あり ※展示スペースの有無を記入してください。	
非常災害設備等	火災警報システム設置 消火器〇台設置　等があれば記入してください。	

備　品			
設置場所	品　名	数　量	適合の可否
事務室	机（貸与・販売共用） いす（貸与・販売共用） パソコン机・いす （貸与・販売・訪問介護共用） 電話・FAX（貸与・販売・訪問介護共用） 鍵付き書庫（貸与・販売共用）	２ ３ 各１ １ １	
相談室	テーブル（貸与・販売・訪問介護共用） いす（貸与・販売・訪問介護共用）	１ ２	
その他	事業所として、上記以外で使用する備品・設備等がありましたらご記入ください。 ※　販売事業所として使用する備品を記載してください。なお、備品を他のサービスと共用する場合は、共用するサービス名等を記載してください。	１	

備考１　申請するサービス種類に関して、基準省令上必要な設備及び事業所に設置する備品について記載してください。
２　必要に応じて写真等を添付してください。
３　「適合の可否」欄は、記載しないでください。

※　この運営規程の例は、あくまでイメージであり、各項目の記載の方法・内容については、事業所の実情に応じて作成してください。（特定福祉用具販売と特定介護予防福祉用具販売と共用で使用可）

運　営　規　程　の　例	作成に当たっての留意事項等
△△△ 指定特定福祉用具販売事業[指定特定介護予防福祉用具販売事業] 運営規程 （事業の目的） 第１条　＊＊＊が設置する△△△（以下「事業所」という。）において実施する指定特定福祉用具販売事業[指定特定介護予防福祉用具販売事業]（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の専門相談員が、要介護状態［要支援状態］の利用者に対し、適切な指定特定福祉用具販売[指定特定介護予防福祉用具販売]を提供することを目的とする。	・「＊＊＊」は、法人名を記載してください。 ・「△△△」は、事業所の名称を記載してください。
（運営の方針） 第２条　事業所が実施する事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の心身の状況・希望及びその置かれている環境を踏まえた適切な特定福祉用具[特定介護予防福祉用具]の選定の援助・取り付け・調整等を行い、特定福祉用具[特定介護予防福祉用具]を販売することにより利用者の日常生活の便宜を図り、利用者を介護する者の負担の軽減を図るものとする。 ２　事業の実施に当たっては、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止並びに利用者を介護する者の負担の軽減に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。 ３　事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。 ４　事業の実施に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、介護予防サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。 ５　前４項のほか、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」（平成２４年大阪府条例第１１５号）、「大阪府指定介護予防サービス事業者の指定並びに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を定める条例」（平成２４年大阪府条例第１１６号）に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。	・平成２４年大阪府条例第１１５号、平成２４年大阪府条例第１１６号等を参照の上、事業運営に関する基本方針を記載してください。

（事業所の名称等） 第３条　事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。 （１）名　称　　△△△ （２）所在地　　○○市○○町○丁目○番○号○ビル○号	・所在地は、住居表示のとおりとし、丁目、番、号、ビル名を正確に記載してください。
（従業者の職種、員数及び職務の内容） 第４条　事業所における従業者の職種、員数及び職務の内容は次のとおりとする。 （１）管理者　１名 管理者は、従業者及び業務実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている指定特定福祉用具販売事業[指定特定介護予防福祉用具販売事業]の実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行う。 （２）専門相談員　○名（常勤　○名、非常勤　○名） 専門相談員は、利用者が有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、あるいは介護者等の負担を軽減するよう、適切な特定福祉用具[特定介護予防福祉用具]の選定を行うとともに、その相談に応じる。 特定福祉用具販売計画（特定介護予防福祉用具販売計画）（指定福祉用具貸与の利用があるときは、福祉用具貸与計画と一体のものとして作成する）の作成・変更等を行う。 （３）事務職員　○名（常勤又は非常勤　○名） 必要な事務を行う	・常勤と非常勤に分類して記載してください。 ・事務職員は、配置する場合のみ記載してください。
（営業日及び営業時間） 第５条　事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。 （１）営業日　○曜日から○曜日までとする。 ただし、祝日、○月○日から○月○日までを除く。 （２）営業時間　午前○時から午後○時までとする。	・営業日・営業時間は、利用者からの相談や利用受付等が可能な時間を記載してください。
（指定特定福祉用具販売[指定特定介護予防福祉用具販売]の提供方法及び取扱種目） 第６条　事業所で行う指定特定福祉用具販売[指定特定介護予防福祉用具販売]の提供方法は次のとおりとする。 （１）指定特定福祉用具販売[指定特定介護予防福祉用具販売]の提供に当たっては、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて選定し、使用できるよう専門的知識に基づき、使用方法の指導、留意事項、販売費用等に関する情報を提供する。 （２）指定特定福祉用具販売[指定特定介護予防福祉用具販売]の提供に当たっては、機能、使用方法、安全性、衛生状態等の点検を行う。	

２　事業所において取り扱う特定福祉用具[特定介護予防福祉用具]の種目は次のとおりである。 １．腰掛便座 ２．自動排泄処理装置の交換可能部品 ３．入浴補助用具 ４．簡易浴槽 ５．移動用リフトのつり具の部分	
（利用料等） 第７条　特定福祉用具[特定介護予防福祉用具]を販売した場合の利用料の額は、別添料金表によるものとする。 ２　次条に定める通常の事業の実施地域を越えて行う事業に要する交通費は、その実費を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収する。 （１）事業所から片道○○キロメートル未満　○○○円 （２）事業所から片道○○キロメートル以上　○○○円 ３　特定福祉用具[特定介護予防福祉用具]の搬入に特別な措置が必要な場合に要する費用については、実費とする。 ４　前３項の利用料等の支払を受けたときは、利用料とその他の利用料（個別の費用ごとに区分）について記載した領収書を交付する。 ５　指定特定福祉用具販売[指定特定介護予防福祉用具販売]の提供に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用料並びにその他の利用料の内容及び金額に関し事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けることとする。	・事業所で取扱う種目すべてについて、料金表（商品カタログ可）を作成してください。 【料金表に記載すべき項目】 ①福祉用具の種目 ②品名（商品名、メーカー名） ③品番（製品型番、ＴＡＩＳコード等） ④料金 ・用具の搬入に際し、通常の実施地域に係る交通費は、介護報酬に含まれます。
（通常の事業の実施地域） 第８条　通常の事業の実施地域は○○市、○○町の区域とする。	・通常の実施地域に係る交通費は、介護報酬に含まれます。 ・原則として、市町村単位（大阪市は区単位）で設定してください。 ・市区町村内で詳細に分ける場合は、客観的に区域が特定できるように定めてください。
（事故発生時の対応） 第９条　事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を行うものとする。 ２　事業所は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行うものとする。 ３　事業所は、前項の損害賠償のために、損害賠償責任保険に加入する。	
（苦情処理） 第１０条　指定特定福祉用具販売[指定特定介護予防福祉用具販売]に係る利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、	

必要な措置を講ずるものとする。 ２　事業所は、提供した指定特定福祉用具販売[指定特定介護予防福祉用具販売]に関し、法第 23 条の規定により市町村が行う質問若しくは照会に応じ、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとする。 ３　事業所は、提供した指定特定福祉用具販売[指定特定介護予防福祉用具販売]に係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会の指導又は助言を受けた場合は、必要な改善を行うものとする。 （個人情報の保護） 第１１条　事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとする。 ２　事業者が得た利用者の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得るものとする。 （虐待防止に関する事項） 第１２条　事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。 （１）虐待を防止するための従業者に対する研修の実施 （２）利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備 （３）その他虐待防止のために必要な措置 ２　事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。 （その他運営に関する留意事項） 第１３条　事業所は、従業者の資質向上のために研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務の執行体制についても検証、整備する。 (1)　採用時研修　採用後○ヵ月以内 (2)　継続研修　　年○回 ２　従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。 ３　従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。	

4　事業所は、指定特定福祉用具販売［指定特定介護予防福祉用具販売］に関する記録を整備し、サービスを提供した日から５年間保存するものとする。 5　この規程に定める事項の外、運営に関する重要事項は＊＊＊と当事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。 附　則 この規程は、令和〇年〇月〇日から施行する。 （別添）料金表	・「＊＊＊」は、法人名を記載してください。 ・運営規程の最後に事業所で作成した料金表（商品カタログは不可）を添付してください。

（参考様式６）

利用者からの苦情を処理するために

申請書に記載した事業所名を記入してください。

事業所又は施設の名称	○×介護サービス
申請するサービスの種類	特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売

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）、担当者の設置等

・相談及び苦情に関する常設の窓口を設置し、相談担当者を設けている。
　常設窓口：電　話　00-0000-0000　　ＦＡＸ　00-0000-0000
　担当者：○○　○○又は○○　○○

・各所在地保険者：　電　話　000-000-0000　ＦＡＸ　000-000-0000

事業所窓口以外に各保険者、広域福祉課及び国保連合会の窓口を記入する。

・泉佐野市広域福祉課：電　話　072-493-2023　ＦＡＸ072-463-7780

・大阪府国民健康保険団体連合会：電　話 06-6949-5418

※利用者にはこの内容の印刷物を配布し、周知する予定にしている。

・相談及び苦情の内容について、「相談苦情対応シート」を作成している。

・担当者が不在の場合、誰もが対応可能なようにするとともに、確実に担当者に引き継ぐ体制を敷いている。

２　円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

・苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行う。

・管理者は、訪問介護員に事実関係の確認を行う。

・相談担当者は、把握した状況をスタッフとともに検討を行い、時下の対応を決定する。

・対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行う。（時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡する。）

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のみ記入）

居宅サービスを申請する場合は、この項目を削除してください。

４　その他参考事項

・事業所において処理し得ない内容についても、行政窓口等の関係機関との協力により適切な対応方法を利用者の立場にたって検討し、対処する。

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入してください。

特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売の指定申請書類一覧（チェックリスト）

事業所名		連絡先	TEL：	Email：

このチェックリストにより作成された申請書類及び添付書類の漏れがないかご確認の上、提出してください。

確認欄	提　出　書　類	備　考
□	指定居宅サービス・指定介護予防サービス事業者指定申請書	様式第１号
□	特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業者の指定に係る記載事項	付表１０
□	法人登記事項証明書	
□	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式１－１
□	専門相談員の資格を証明するものの写し	
□	組織体制図	
□	平面図	参考様式３
□	写真	
□	案内図	
□	賃貸借契約書の写し	
□	設備・備品等一覧表	参考様式５
□	運営規程	
□	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６
□	損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類	
□	誓約書（法人役員及び事業所の管理者に欠格事由該当者がいないことを確認の上、誓約してください。）	参考様式９
□	社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票	別紙１

様式の使用についてのお願い

○　様式については、「泉佐野市広域福祉課」ホームページからもプリントアウトが可能です。

【ホームページアドレス】

http://www.city.izumisano.lg.jp/kakuka/kenkou/kouiki/index.html

様式第1号(第3条関係)

指定居宅サービス事業者・指定居宅介護支援事業者・
指定介護予防サービス事業者指定申請書

年　月　日

市（町）長　様

主たる事務所の所在地
申請者　名　称
代表者の職・氏名　　印
（法人以外の者にあっては、住所及び氏名）

介護保険法　第70条第1項／第79条第1項／第115条の2第1項　の規定により、　指定居宅サービス事業者／指定居宅介護支援事業者／指定介護予防サービス事業者　に係る指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ				
	名称又は氏名				
	主たる事務所の所在地又は住所	(郵便番号　—　) 都 道 府 県　郡 市 区			
	申請者の連絡先	電話番号		FAX番号	
	法人の種別			法人の所轄庁	
	代表者の職・氏名・生年月日	職名		フリガナ	
				氏名	
		生年月日	年　月　日生		
	代表者の住所	(郵便番号　—　)　都 道 府 県　郡 市 区			
		電話番号		FAX番号	

指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ						
	名　　称						
	事業所の所在地	(郵便番号　　―　　)					
	事業所の連絡先	代表電話番号					
	同一所在地において行う事業又は施設の種類			実施事業又は施設	指定申請をする事業の開始予定年月日	既に指定等を受けている事業又は施設の指定(許可)年月日	添付する付表
	指定居宅サービス	訪問介護					付表1
		訪問入浴介護					付表2
		訪問看護					付表3
		訪問リハビリテーション					付表4
		居宅療養管理指導					付表5
		通所介護					付表6
		通所リハビリテーション					付表7
		短期入所生活介護					付表8の1、付表8の2
		短期入所療養介護					付表9
		特定福祉用具販売					付表10
		特定施設入居者生活介護					付表11
		福祉用具貸与					付表12
	居宅介護支援事業者						付表13
	施設	介護老人福祉施設					
		介護老人保健施設					
		介護医療院					
		介護療養型医療施設					
		療養病床を有する病院・診療所					
		老人性認知症疾患療養病棟を有する病院					
	指定介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護					付表2
		介護予防訪問看護					付表3
		介護予防訪問リハビリテーション					付表4
		介護予防居宅療養管理指導					付表5
		介護予防通所リハビリテーション					付表7
		介護予防短期入所生活介護					付表8の1、付表8の2
		介護予防短期入所療養介護					付表9
		特定介護予防福祉用具販売					付表10
		介護予防特定施設入居者生活介護					付表11
		介護予防福祉用具貸与					付表12
介護保険事業所番号		2 7			(既に指定又は開設許可を受けている場合)		
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　「法人の種別」の欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別を記入すること。

2　「法人の所轄庁」の欄には、申請者が行政庁(大臣、都道府県知事等)の許認可等を受けて設立された法人である場合に、その行政庁の名称を記載すること。

3　「実施事業又は施設」の欄には、今回申請するもの及び既に指定又は開設許可を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入すること。なお、複数のサービスを同時に申請する場合は、この申請書により申請するものについて該当する欄に「◎」を、別の申請書により申請するもの及び既に指定又は開設許可を受けているものについて該当する欄に「○」を記入すること。

4　「指定申請をする事業の開始予定年月日」の欄には、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載すること。

5　「既に指定等を受けている事業又は施設の指定(許可)年月日」の欄には、介護保険法による指定事業者又は介護保険施設として指定又は開設許可された年月日(介護保険法第71条又は第72条に基づき指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日、介護保険法施行法第4条、第5条、第7条及び第8条の規定に基づき指定又は開設許可があったものとみなされたものについては、「12．4．1」)を記載すること。

6　保険医療機関、保険薬局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」の欄に記載すること。

付表10

特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業者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　　―　　)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文			第　　条第　　項第　　号		
管理者	フリガナ		住所・連絡先	(郵便番号　　―　　)	
	氏　　名				
	生年月日			電話番号	FAX番号
	他の職務との兼務の状況(兼務がある場合のみ記入)				
	当該特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業所内での他の職務との兼務	職種			
	同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務	事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類			
		兼務する職種及び勤務時間			

従業者		専門相談員	
		専従	兼務
	常　勤(人)		
	非常勤(人)		
	常勤換算後の人数(人)		

主な掲示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日
	営業時間	平日	～	土曜	～	日・祝	～			
		備考								
	取り扱う種目(該当に○)	腰掛便座		自動排泄処理装置の交換可能部品		入浴補助用具				
		簡易浴槽		移動用リフトのつり具の部分						
	販売費用の額									
	その他の費用									
	通常の事業実施地域	①	②	③	④	⑤				
		備考								

備考　記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。

（裏）

添付書類

1　申請者の登記事項証明書又は条例等の写し

2　事業所の平面図及び設備の概要を記載した書類

3　運営規程

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を記載した書類

5　当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類

6　介護保険法第70条第2項各号又は第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書類

7　その他指定に関し必要と認める事項を記載した書類

【参考様式１－１】

従業者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			

（備　考）

営業日

営業時間

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者全員（管理者を含む。）について、４週間分の勤務時間数を記入してください。
勤務時間に他の業務に従事する時間がある場合は、分母に１日の勤務時間、分子に当該業務に従事する時間を記入してください。
（例：７時間勤務のうち４時間当該業務に従事する場合　「４／７」）

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（訪問入浴は不要）は、「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、小数点第２位以下を切り捨ててください。

【参考様式３】

事務所の平面図等

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。

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。

【参考様式５】

設備・備品等一覧表

サービス種類　　（　　）
事務所名・施設名　（　　）

部屋・設備の種類	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			
設置場所	品　名	数　量	適合の可否

備考１　申請するサービス種類に関して、基準省令上必要な設備及び事業所に設置する備品について記載してください。
２　必要に応じて写真等を添付してください。
３　「適合の可否」欄は、記載しないでください。

【参考様式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

事業所又は施設の名称	
申請するサービスの種類	

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）、担当者の設置等
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のみ記入）
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入してください。

（参考様式９）

誓　　約　　書

Ａ　居宅サービス事業所

居宅サービス事業所の（　指定を受ける　・　変更届出書を提出する　・　指定の更新を受ける　）にあたって、介護保険法（平成９年法律第 123 号。以下同じ。）第 70 条第２項各号（病院等により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る指定の申請にあっては第６号の２、第６号の３、第 10 号の２及び第 12 号を除く。）の規定を確認し、内容を理解した上で当該規定に該当しないことを誓約します。
また、居宅サービス事業所の（　指定を受ける　・　変更届出書を提出する　・　指定の更新を受ける　）にあたって、介護保険法、その他関係法令等を遵守することを誓約します。

Ｂ　介護予防サービス事業所

介護予防サービス事業所の（　指定を受ける　・　変更届出書を提出する　・　指定の更新を受ける　）にあたって、介護保険法（平成９年法律第 123 号。以下同じ。）第 115 条の２第２項各号（病院等により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る指定の申請にあっては第６号の２、第６号の３、第 10 号の２及び第 12 号を除く。）の規定を確認し、内容を理解した上で当該規定に該当しないことを誓約します。
　また、介護予防サービス事業所の（　指定を受ける　・　変更届出書を提出する　・　指定の更新を受ける　）にあたって、介護保険法、その他関係法令等を遵守することを誓約します。

Ｃ　居宅介護支援事業所

当該居宅介護支援事業所の（　指定を受ける　・　変更届出書を提出する　・　指定の更新を受ける　）にあたって、介護保険法（平成９年法律第 123 号。以下同じ。）第 79 条第２項各号に該当しないことを誓約します。
また、当該居宅介護支援事業所の（　指定を受ける　・　変更届出書を提出する　・　指定の更新を受ける　）にあたって、介護保険法、その他関係法令等を遵守することを誓約します。

【署名欄】
主たる事務所の所在地：
法　人　名　称：
代表者の職・氏名：　　㊞

【介護保険法第 70 条第２項抜粋】

１　申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。

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、第 74 条第１項の都道府県の条例で定める基準及び同項の都道府県の条例で定める員数を満たしていないとき。

３　申請者が、第 74 条第２項に規定する指定居宅サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な居宅サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。

４　申請者が、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、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令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。

５の２　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。

５の３　申請者が、社会保険各法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（地方税法の規定による国民健康保険税を含む。以下この号、第 78 条の２第４項第５号の３、第 79 条第２項第４号の３、第 94 条第３項第５号の３、第 107 条第３項第７号、第 115 条の２第２項第５号の３、第 115 条の 12 第２項第５号の３、第 115 条の 22 第２項第４号の３及び第 203 条第２項において「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三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。第 78 条の２第４項第５号の３、第 79 条第２項第４号の３、第 94 条第３項第５号の３、第 107 条第３項第７号、第 115 条の２第２項第５号の３、第 115 条の 12 第２項第５号の３及び第 115 条の 22 第２項第４号の３において同じ。）を引き続き滞納している者であるとき。

６　申請者（特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、第 77 条第１項又は第 115 条の 35 第６項の規定により指定（特定施設入居者生活介護に係る指定を除く。）を取り消され、その取消しの日から起算して５年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該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前 60 日以内に当該法人の役員（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以上の支配力を有するものと認められる者を含む。第５節及び第 203 条第２項において同じ。）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。）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み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前 60 日以内に当該事業所の管理者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。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

６の２　申請者（特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、第 77 条第１項又は第 115 条の 35 第６項の規定により指定（特定施設入居者生活介護に係る指定に限る。）を取り消され、その取消しの日から起算して５年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該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み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前 60 日以内に当該事業所の管理者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。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

６の３　申請者と密接な関係を有する者（申請者（法人に限る。以下この号において同じ。）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。以下この章において同じ。）が、第 77 条第１項又は第 115 条の 35 第６項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。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

７　申請者が、第 77 条第１項又は第 115 条の 35 第６項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第 75 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。

７の２　申請者が、第 76 条第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第 77 条第１項の規

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厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事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。）までの間に第 75 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。

８　第７号に規定する期間内に第 75 条第２項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。）の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所（当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者で、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。

９　申請者が、指定の申請前５年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

10　申請者（特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人で、その役員等のうちに第４号から第６号まで又は第７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。

10 の 2　申請者（特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が法人で、その役員等のうちに第４号から第５号の３まで、第６号の２又は第７号から第９号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

11　申請者（特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人でない事業所で、その管理者が第４号から第６号まで又は第７号から第９号までのいずれかに該当する者であるとき。

12　申請者（特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が法人でない事業所で、その管理者が第４号から第５号の３まで、第６号の２又は第７号から第９号までのいずれかに該当する者であるとき。

【介護保険法第 115 条の２第２項抜粋】

１　申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。

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、第 115 条の４第 1 項の都道府県の条例で定める基準及び同項の都道府県の条例で定める員数を満たしていないとき。

３　申請者が、第 115 条の４第２項に規定する指定介護予防サービス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又は指定介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護予防サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。

４　申請者が、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、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令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。

５の２　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。

５の３　申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた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三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を引き続き滞納している者であるとき。

６　申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、第 115 条の９第１項又は第 115 条の 35 第６項の規定により指定（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定を除く。）を取り消され、その取消しの日から起算して５年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該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み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前 60 日以内に当該事業所の管理者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。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

６の２　申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、第 115 条の９第１項又は第 115 条の 35 第６項の規定により指定（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定に限る。）を取り消され、その取消しの日から起算して５年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該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み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前 60 日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取り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。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

６の３　申請者と密接な関係を有する者が、第 115 条の９第１項又は第 115 条の 35 第６項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。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度

を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
7　申請者が、第115条の９第１項又は第115条の35第６項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しないことを決定する日までの間に第 115 条の５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。
7の２　申請者が、第115条の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第115条の９第１項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厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事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。）までの間に第115条の５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。
8　第７号に規定する期間内に第115条の５第２項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。）の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所（当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者で、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。
9　申請者が、指定の申請前５年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
10　申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人で、その役員等のうちに第４号から第６号まで又は第７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。
10の2　申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る）が、法人が、その役員等のうちに第４号から第５号の３まで、第６号の２又は第７号から第９号までのいずれかに該当するものであるとき。
11　申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人でない事業所で、その管理者が第４号から第６号まで又は第７号から第９号までのいずれかに該当する者であるとき。
12　申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が法人でない事業所で、その管理者が第４号から第５号の３まで、第６号の２又は第７号から第９号までのいずれかに該当する者であるとき。

【介護保険法第79条第２項抜粋】

１　申請者が市町村の条例で定める者でないとき。
２　当該申請に係る事業所の介護支援専門員の人員が、第81条第１項の市町村の条例で定める員数を満たしていないとき。
３　申請者が、第81条第２項に規定する指定居宅介護支援の事業の運営に関する基準に従って適正な居宅介護支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
３の２　申請者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。
４　申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令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。
４の２　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。
４の３　申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた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三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を引き続き滞納している者であるとき。
５　申請者が、第84条第１項又は第115条の35第６項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年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該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み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前 60 日以内に当該事業所の管理者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。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅介護支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅介護支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅介護支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
５の２　申請者と密接な関係を有する者が、第84条第１項又は第115条の35第６項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。ただし、当該指定の取消しが指定居宅介護支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅介護支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅介護支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
６　申請者が、第84条第１項又は第115条の35第６項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第 82 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。

６の２　申請者が、第 83 条第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第 84 条第１項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厚生労働省令で定めるところにより市町村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。）までの間に第 82 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。

６の３　第６号に規定する期間内に第 82 条第２項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。）の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所（当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者で、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。

７　申請者が、指定の申請前５年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

８　申請者が、法人で、その役員等のうちに第３号の２から第５号まで又は第６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。

９　申請者が、法人でない事業所で、その管理者が第３号の２から第５号まで又は第６号から第７号までのいずれかに該当する者であるとき。

【別紙１】

社会福祉事業等の事業所用

社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票

貴事業所の現状等について、下記の項目に回答してください。

Ⅰ．現在、厚生年金保険・健康保険に加入していますか。

（該当する番号に〇を付してください。また、必要事項をご記入ください。）

	加入状況
1	**加入している。**　→下記のいずれかの書類の写しを提出してください。（提示も可） ●保険料の領収証書　●社会保険料納入証明書 ●社会保険料納入確認書 ●健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書 ●健康保険・厚生年金保険適用通知書 ※上記書類を所持していない場合には事業所整理記号を下記に記載するのみで可。 （本社等にて加入手続が行われている場合も事業所整理記号を下記に記載するのみで可。） □□□□□□□□
2	**現在、加入手続中である。**
3	**今後、加入手続を行う。** （申請から３ヶ月以内に適用要件（法人事業所または従業員５人以上の個人事業所）に該当する予定の場合を含む。） 平成（　　）年（　　）月頃に手続予定。（申請から３ヶ月以内の年月をご記入ください。）
4	**適用要件に該当しない。**（個人事業所（法人ではない事業所）であって従業員が４名以下の場合。申請から３ヶ月以内に適用要件に該当する予定がない。）
5	**適用要件に該当するか不明である。** （個人事業所（法人ではない事業所）であって、正社員と、正社員以外で１週間の所定労働時間及び１ヶ月の所定労働日数が同じ事業所で同様の業務に従事している正社員の４分の３以上である者との合計が５人以上か不明な場合。）

Ⅱ．現在、労働者災害補償保険・雇用保険に加入していますか。

（該当する番号に〇を付してください。また、必要事項をご記入ください。）

	加入状況
1	**加入している。**　→下記のいずれかの書類の写しを提出してください。（提示も可） ●労働保険概算・確定保険料申告書 ●納付書・領収証等　●保険関係成立届 ※上記書類を所持していない場合には労働保険番号を下記に記載するのみで可。 （本社等にて加入手続が行われている場合も労働保険番号を下記に記載するのみで可。） □□□□□□□□□□□－□□□
2	**現在、加入手続中である。**
3	**今後、加入手続を行う。**（申請から３ヶ月以内に従業員（パート・アルバイトを含む）を雇う予定がある場合を含む。） 平成（　　）年（　　）月頃に手続予定。（申請から３ヶ月以内の年月をご記入ください。）
4	**適用要件に該当しない。**（事業主・役員・同居の親族のみで経営、従業員（パート・アルバイトを含む）がいない、申請から３ヶ月以内に従業員を雇う予定がない。）

回答年月日　　令和　　年　　月　　日

事業所名称　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所所在地　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

会社等法人番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　事業主の皆様には、全ての法令を遵守していただきたいと考えています。社会保険・労働保険の適用が確認できない場合は、厚生労働省からの依頼に基づき、厚生労働省に情報提供いたします。

※　社会保険・労働保険の適用促進以外の目的では使用いたしません。