

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

202404

(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……………	3
5	指定申請に必要な書類と作成方法……………	4
7	申請書等の記入例等……………	9
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）……………	24
9	居宅サービス・介護予防サービス申請書等様式……………	26

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いりません。

※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。）

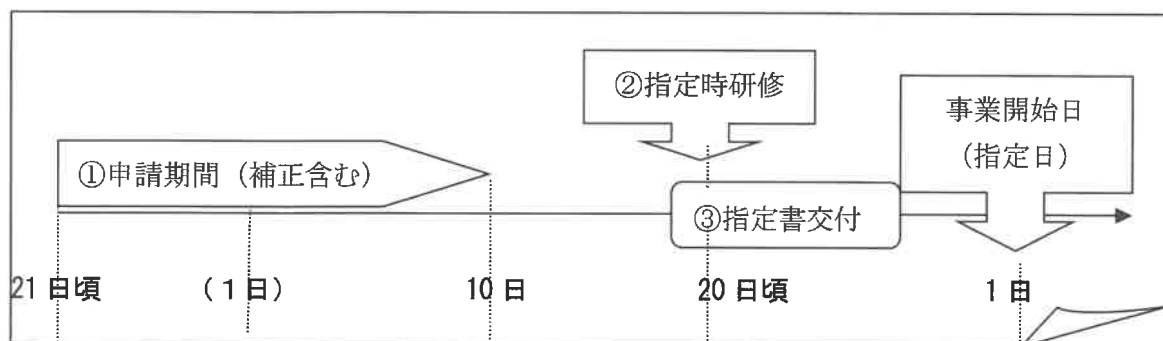
※通所介護、特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護については、施設の改修・新築の前に事前協議が終了していることが必要です。

※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はありません。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注意ください。）

※ 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。

○申請予約等問い合わせ先

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）2222

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。

○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。

○ 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。

(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
(別紙様式第一号 (一))
- 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
(付表第一号 (十四))
- 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
(別紙様式第一号 (一))

記入例（9 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
(付表第一号 (十四))

記入例（11 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（履歴事項全部証明書）	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。 ・ 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員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
☐	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	標準様式 1	・ 管理者及び従業員全員について、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。（12 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「従業員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	・ 管理者や従業員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。（13 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。（14 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 A 4 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。 （16 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 （17 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 (23 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）にあつては、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）にあつては、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

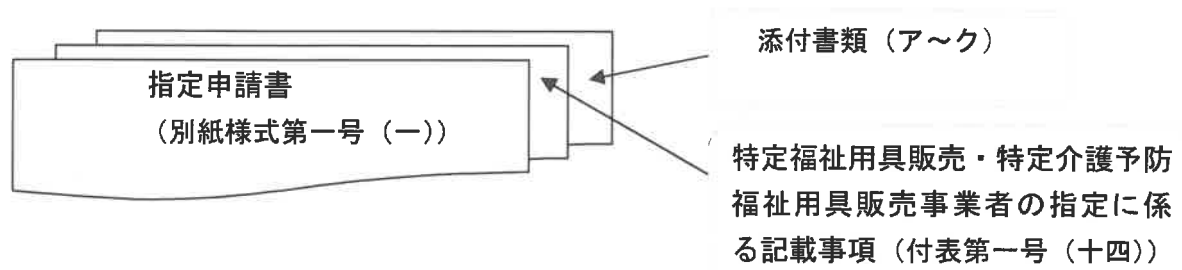
※	提出書類	様式等	説 明
□	誓約書	参考様式 9	・ 参考資料 9（33 頁参照） ①特定福祉用具販売と特定介護予防福祉用具販売を両方行う事業所は、A と B を○で囲んでください。②特定福祉用具販売事業のみ行う事業所は、A のみ○で囲んでください。③特定介護予防福祉用具販売のみを行う事業所は、B のみ○で囲んでください。①、②、③いずれの場合も署名欄を記入し法人の代表者印を押印してください。

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

○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。

指定居宅サービス事業所
介護保険施設
指定介護予防サービス事業所

指定(許可)申請書

令和 X 年 X 月 X 日

〇〇 (市町長)殿

所在地 大阪府泉佐野市〇〇二丁目1番20号

申請者 名称 株式会社〇〇

代表者職名・氏名 代表取締役 〇〇 〇〇

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(許可)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。

		法人番号		X 1 2 0 0 0 X X X X X X X									
申 請 者	フリガナ	カブシキガイシャマルマル											
	名称	株式会社〇〇											
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 598 - XXXX) 大阪 都 道 泉佐野 市 区 〇〇二丁目1番20号 府 県 町 村											
	連絡先	電話番号	072-4XX-XXXX (内線) XXXX				FAX番号	072-4XX-XXXY					
	法人等の種類	営利法人											
代 表 者 (開 設 者) の 職 名 ・ 氏 名 ・ 生 年 月 日	職名	代表取締役	フリガナ 氏 名	マルマル バツバツ 〇〇 x x		生年 月 日	XXXX年XX月XX日						
	代表者(開設者)の住所	(郵便番号 598 - XXXX) 大阪 都 道 泉佐野 市 区 〇〇四丁目3番5-202号 府 県 町 村											
法人の吸収合併又は吸収分割における指定(許可)申請時に ☒													
指 定 (許 可) を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設 の 種 類	同一所在地において行う事業等の種類		共生型 サービス 申請時 に ☒	指定(許可)申 請対象事業等 (該当事業に 〇)	既に指定(許 可)を受けて いる事業等 (該当事業に 〇)	指定(許可)申請をする 事業等の開始予定 年月日	様 式						
	訪問介護		☐				付表第一号(一)						
	訪問入浴介護						付表第一号(二)						
	訪問看護						付表第一号(三)						
	訪問リハビリテーション						付表第一号(四)						
	居宅療養管理指導						付表第一号(五)						
	通所介護		☐				付表第一号(六)						
	通所リハビリテーション						付表第一号(七)						
	短期入所生活介護		☐				付表第一号(八)(九)(十)						
	短期入所療養介護						付表第一号(十一)						
	特定施設入居者生活介護						付表第一号(十二)						
	福祉用具貸与				〇		付表第一号(十三)						
	特定福祉用具販売			〇		令和XX年X月X日	付表第一号(十四)						
	介護老人福祉施設						付表第一号(十五)						
	介護老人保健施設						付表第一号(十六)						
	介護医療院						付表第一号(十七)						
	介護予防訪問入浴介護						付表第一号(二)						
	介護予防訪問看護						付表第一号(三)						
	介護予防訪問リハビリテーション						付表第一号(四)						
	介護予防居宅療養管理指導						付表第一号(五)						
介護予防通所リハビリテーション						付表第一号(七)							
介護予防短期入所生活介護		☐				付表第一号(八)(九)(十)							
介護予防短期入所療養介護						付表第一号(十一)							
介護予防特定施設入居者生活介護						付表第一号(十二)							
介護予防福祉用具貸与				〇		付表第一号(十三)							
特定介護予防福祉用具販売			〇		令和XX年X月X日	付表第一号(十四)							
介護保険事業所番号		2 7 7 2 4 X X X X X (既に指定又は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)											

※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

付表第一号(十四) 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業所の指定等に係る記載事項 【記載

事業所	法人番号	XXXXXXXXXXXXXX		
	フリガナ	マルマルレンタルサービス		
	名称	〇〇レンタルサービス		
	所在地	(郵便番号 598 - XXXX) 大阪 都 道 府 県 泉佐野 市 区 村 〇〇二丁目3番4号		
	連絡先	電話番号	072-4XX-XXXX (内線) XXXX	FAX 番号 072-4XX-XXXX
	Email	XXXX@XXX.com		
管理者	フリガナ	マルマル パツパツ		住所 (郵便番号 598 - XXXX) 大阪府泉佐野市〇〇一丁目2番3号
	氏 名	〇〇 × ×		
	生年月日	昭和XX年XX月XX日		
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)			専門相談員
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地 〇〇レンタルサービス 大阪府泉佐野市〇〇二丁目3番4号 兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等 管理者兼専門相談員 (介護予防)福祉用具貸与 9:00~18:00 8時間勤務		
販売種目	「腰掛便座」、「自動排泄処理装置の交換可能部品」、「排泄予測支援機器」、「入浴補助用具」、「簡易浴槽」、「移動用リフトのつり具の部分」、「スロープ」、「歩行器」、「歩行補助つえ」			
利用者の推定数	100 人			
○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		専門相談員		
		専 従	兼 務	
		常 勤(人)	2	1
		非常勤(人)	3	
		常勤換算後の人数(人)	3.6	
添付書類	別添のとおり			

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
 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 販売種目は、「腰掛便座」、「自動排泄処理装置の交換可能部品」、「排泄予測支援機器」、「入浴補助用具」、「簡易浴槽」、「移動用リフトのつり具の部分」、「スロープ」、「歩行器」、「歩行補助つえ」のうちから記入してください。

1043

(1) $\frac{4}{4}$

22

40	時間/週	160	時間
----	------	-----	----

当月の目数 30

[illegible]

(勤務形態の記号)

記号	区分
A	常勤で専従
B	常勤で兼務
C	非常勤で専従
D	非常勤で兼務

原

が

常勤換算後の人数

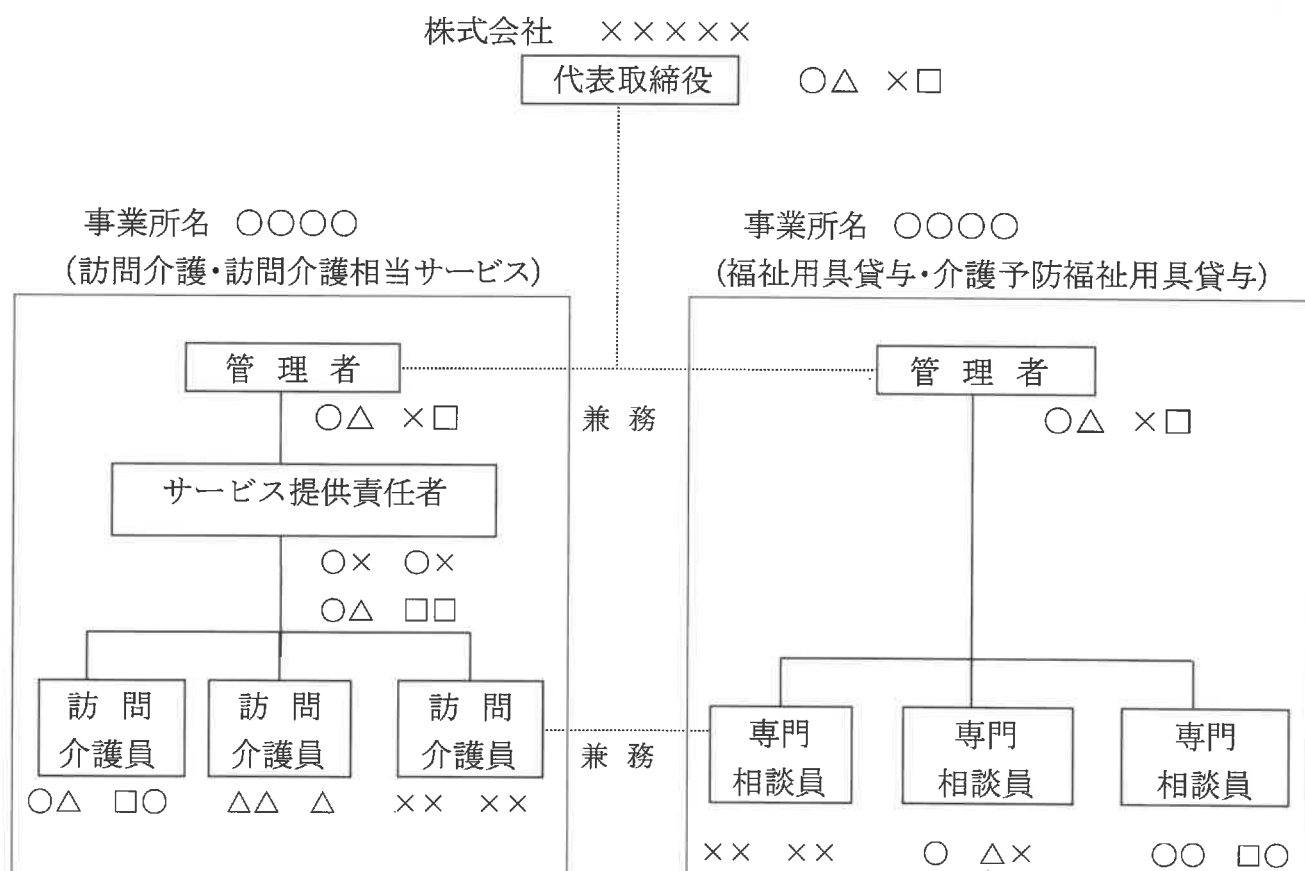
0.3
(小数点第2位以下切り捨て)

५३

合計	1,396
----	-------

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。

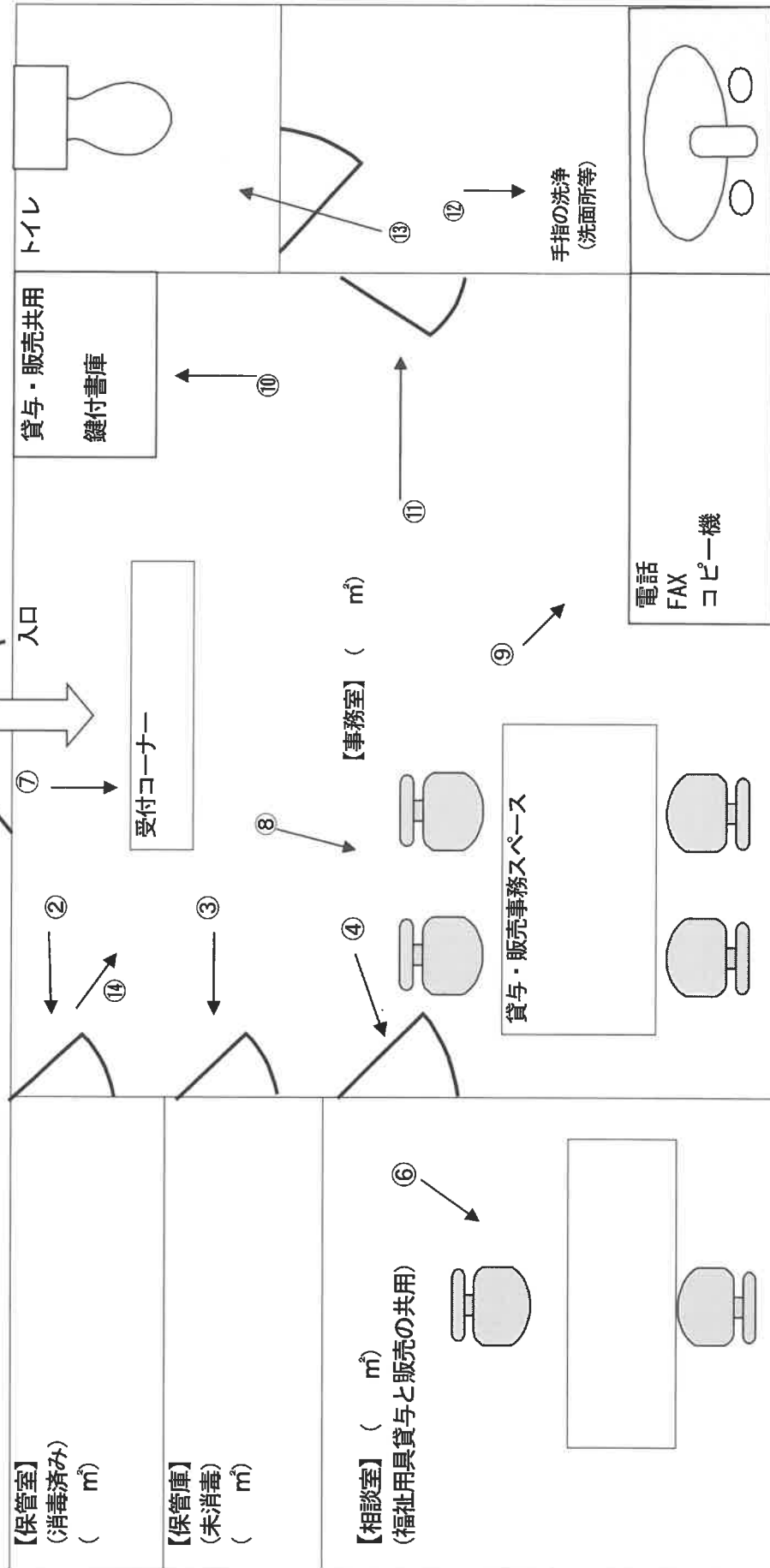
【例】

事業所の平面図

参考様式 3 【記入例】

① 外観写真 (建物全景・事務所入口)

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・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

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 (○○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○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。 （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。	・「＊＊＊」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。 ・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。

(事業の運営)

第3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〕の提供に当たっては、事業所の従業者によってのみ行うものとし、第三者への委託は行わないものとする。

(事業所の名称等)

第4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 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号〇ビル〇号

(従業者の職種、員数及び職務の内容)

第5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 〇名（常勤 〇名、非常勤 〇名）

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。また、特定福祉用具販売計画（特定介護予防福祉用具販売計画）に記載した目標の達成状況の確認を行う。

(3) 事務職員 〇名（常勤又は非常勤 〇名）

必要な事務を行う

(営業日及び営業時間)

第6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 〇曜日から〇曜日までとする。

ただし、祝日、〇月〇日から〇月〇日までを除く。

(2) 営業時間 午前〇時から午後〇時までとする。

(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7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。

・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。

・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・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。

(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) 対象福祉用具に係る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、利用者が指定福祉用具貸与〔指定介護予防福祉用具貸与〕又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〕のいずれかを選択できることについて十分な説明を行った上で、利用者の当該選択に当たって必要な情報を提供するとともに、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者その他の関係者の意見及び利用者の身体の状態等を踏まえ、提案を行う。

(3) 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。

(4) 対象福祉用具に係る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、利用者等からの要請等に応じて、販売した福祉用具の使用状況を確認するよう努めるとともに、必要な場合は、使用方法の指導、修理等を行うよう努める。

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. 排泄予測支援機器
4. 入浴補助用具
5. 簡易浴槽
6. 移動用リフトのつり具の部分
7. スロープ
8. 歩行器
9. 歩行補助つえ

(利用料等)

第8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) 事業所から片道〇〇キロメートル未満 〇〇〇円
- (2) 事業所から片道〇〇キロメートル以上 〇〇〇円

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

・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、T A I S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

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。

（通常の事業の実施地域）

第9条 通常の事業の実施地域は〇〇市、〇〇町の区域とする。
（衛生管理）

第10条 事業所は、従業員の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めるものとする。

- 2 事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じるものとする。
 - （1） 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図る。
 - （2） 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。
 - （3） 事業所において、従業員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

（事故発生時の対応）

- 第11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12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、

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。

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 13 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 14 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。

（業務継続計画の策定等）

- 第 15 条 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定特定福祉用具販売〔指定特定介護予防福祉用具販売〕の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
- 2 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施するものとする。
 - 3 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

(地域との連携等)

第16条 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〕事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して指定特定福祉用具販売〔指定特定介護予防福祉用具販売〕を提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても指定特定福祉用具販売〔指定特定介護予防福祉用具販売〕の提供を行うよう努めるものとする。

(身体拘束)

第17条 事業所は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）は行わない。やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとする。

(その他運営に関する留意事項)

第18条 事業所は、従業員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 従業員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 従業員であった者に、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、従業員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業員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○年○月○日から施行する。

(別添) 料金表

・第16条については、事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して指定特定福祉用具販売〔指定特定介護予防福祉用具販売〕を提供する場合は記載してください。

・「***」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。

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	〇×介護サービス	申請書に記載した事業所名を記入してください。
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 F A X 00-0000-0000
担当者：〇〇 〇〇又は〇〇 〇〇

- ・各所在地保険者：電 話 000-000-0000 F A X 000-000-0000

- ・泉佐野市広域福祉課：電 話 072-493-2222 F A X 072-463-7780

- ・大阪府国民健康保険団体連合会：電 話 06-6949-5418

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。

※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（許可）申請書	別紙様式第一号（一）
☐	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	付表第一号（十四）
☐	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	標準様式 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>

別紙様式第一号(一)

指定居宅サービス事業所
介護保険施設
指定介護予防サービス事業所

指定(許可)申請書

年 月 日

知事(市長)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(施設)に係る指定(許可)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。

		法人番号				
申 請 者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村				
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号	
		Email				
指 定 (許 可) を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設 の 種 類	法人等の種類					
	代表者(開設者)の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ氏名		生年月日
	代表者(開設者)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(許可)申請時に☑ ☐						
指 定 (許 可) を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設 の 種 類	同一所在地において行う事業等の種類	共生型サービス申請時に☑ ☐	指定(許可)申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(許可)を受けている事業等(該当事業に○)	指定(許可)申請をする事業等の開始予定年月日	様 式
	訪問介護	☐				付表第一号(一)
	訪問入浴介護					付表第一号(二)
	訪問看護					付表第一号(三)
	訪問リハビリテーション					付表第一号(四)
	居宅療養管理指導					付表第一号(五)
	通所介護	☐				付表第一号(六)
	通所リハビリテーション					付表第一号(七)
	短期入所生活介護	☐				付表第一号(八)(九)(十)
	短期入所療養介護					付表第一号(十一)
	特定施設入居者生活介護					付表第一号(十二)
	福祉用具貸与					付表第一号(十三)
	特定福祉用具販売					付表第一号(十四)
	介護老人福祉施設					付表第一号(十五)
	介護老人保健施設					付表第一号(十六)
	介護医療院					付表第一号(十七)
	介護予防訪問入浴介護					付表第一号(二)
	介護予防訪問看護					付表第一号(三)
	介護予防訪問リハビリテーション					付表第一号(四)
	介護予防居宅療養管理指導					付表第一号(五)
	介護予防通所リハビリテーション					付表第一号(七)
	介護予防短期入所生活介護	☐				付表第一号(八)(九)(十)
	介護予防短期入所療養介護					付表第一号(十一)
	介護予防特定施設入居者生活介護					付表第一号(十二)
介護予防福祉用具貸与					付表第一号(十三)	
特定介護予防福祉用具販売					付表第一号(十四)	
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)				
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(許可)申請対象事業等」及び「既に指定(許可)を受けている事業等」の欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 - 2 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は訪問看護ステーションとして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。
 - 3 居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業所について、他方の居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所の指定を受ける場合であって、届出事項に変更がないときは、「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予定年月日」、「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」、「介護支援専門員の氏名及び登録番号」及び「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。
 - 4 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。
 - 5 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
 - 6 指定(許可)を受けようとする事業所(施設)の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。

付表第一号(十四) 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号 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(兼務の場合のみ記入)	名称	
		兼務する職種及び勤務時間等	
販売種目			
利用者の推定数		人	
○人員に関する基準の確認に必要な事項			
従業員の職種・員数		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)	
添付書類		別添のとおり	

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 販売種目は、「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品」、「排泄予測支援機器」を記入してください。

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。