# 事業者指定申請について

（居宅介護支援事業）

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…… ３

５　指定申請に必要な書類と作成方法…… ４

６　申請書等の記入例等……10

７　居宅介護支援事業者の申請に必要な書類一覧（チェックリスト）…… 32

８　居宅介護支援申請書等様式……34

## 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。

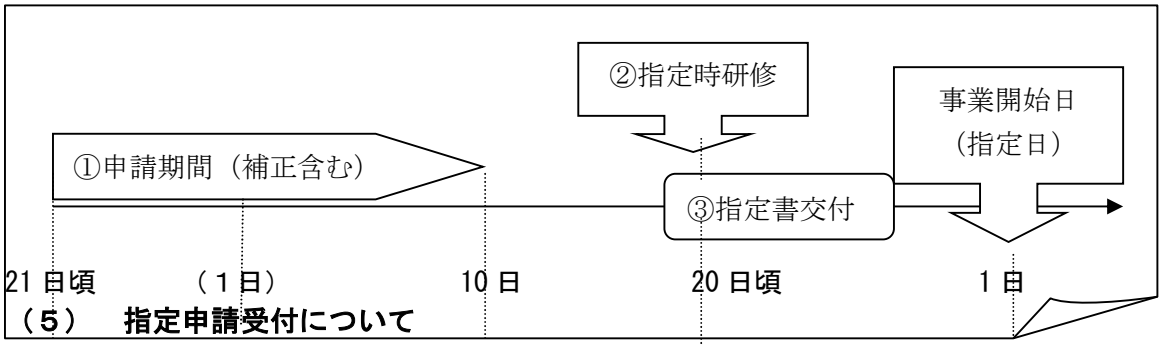
（書類に不備があり、その補正が完了しないものについては、受理できません。また、誤字、脱字についても、修正では受理できません。清書したものを次回ご用意ください。）

**※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

居宅介護支援事業を実施するためには、人員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）

**・介護保険法に基づく居宅介護支援事業**

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。

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、泉佐野市の場合は、「泉佐野市介護保険条例」（平成１２年３月２９日泉佐野市条例第８号）泉南市の場合は、「泉南市指定居宅介護支援事業者の指定並びに指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例」（平成３０年３月２７日条例第）阪南市の場合は「阪南市指定居宅介護支援事業者の指定に関する基準並びに指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例」（平成 30 年 3 月 27 日条例第 3 号）熊取町の場合は、「指定居宅介護支援事業者の指定並びに指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例」（平成 30 年 3 月 29 日条例第 7 号）田尻町の場合は、「田尻町指定居宅介護支援事業者の指定に関する基準並びに指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例」（平成 30 年 3 月 26 日条例第１号）岬町の場合は、「岬町指定居宅介護支援事業者の指定並びに指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例」（平成 30 年 3 月 27 日条例第 1 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、上記条例に定める基準を満たしていること。

④　上記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　事業所名称については、既に他法人で指定を受け使用されている名称は付けることが出来ません。

※　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 | 介護支援専門員<br>※主任介護支援専門員であるか<br>令和３年３月31日までの間は、管理者として主任介護支援専門員以外の介護支援専門員の配置を可能とする経過措置を設けているが、指定居宅介護支援事業所における業務管理や人材育成の取組を促進する観点から、経過措置期間の終了を待たず、管理者として主任介護支援専門員を配置することが望ましい。（経過措置の延長については検討中） | 専らその職務に従事する常勤の者１名 |
| 介護支援専門員 | 介護支援専門員 | 指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の者１名以上 |

【注】

①　「常勤」とは、当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の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）に達していることをいいます。

②　「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事業以外の職務に従事しないことをいいます。

③　介護支援専門員の数は、事業所として担当する利用者数に応じて（利用者の数が３５人又はその端数を増すごとに１名）配置してください。
うち１名は常勤の者であることが必要です。
なお、事業所で担当できる利用者数については、介護支援専門員数を常勤換算した人数に３５件を乗じた件数となります。

④　「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 | 内　容 |
|---|---|
| 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<br>職員、設備備品が収容できる広さを確保すること。<br>・相談、サービス担当者会議等に対応するのに適切なスペース（会議室）を確保すること。<br>※会議室は、４名以上で利用可能であり、遮へい物の設置等によりサービス担当者会議等の内容が漏えいしないよう配慮したものであること。 |
| 必要な設備・備品 | ・居宅介護支援事業を実施するために必要な設備・備品<br>例）机・椅子・鍵付き書庫・電話・ＦＡＸ等<br>等<br>・手指を洗浄するための設備等感染症予防のための設備、備品 |

（３）他のサービス事業を同時に行う場合

他のサービス事業を同事業所内で実施することができます。

この場合、それぞれの事業に必要な人員や設備が確保されている等、居宅介護支援事業の基準及び各サービス事業の基準を同時に満たしていることが必要となります。

## 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　指定居宅介護支援事業者申請書（様式第１号）

②　指定居宅介護支援事業者の指定に係る記載事項（付表１３）

③　当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧（付表１３（別紙））

④　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　指定居宅介護支援事業者申請書（様式第１号）

記入例（10 頁）をご参照ください。

②　指定居宅介護支援事業者の指定に係る記載事項（付表１３）

記入例（12 頁）をご参照ください。

③　当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧（付表１３（別紙））

記入例をご参照ください。

④　添付書類

ア　申請者登記事項証明書

| | | | |
|---|---|---|---|
| □ | 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。<br>・発行日より３ヶ月以内のものを添付してください。<br>・法人代表者が確認出来ない場合は、役員会等の議事録の添付が必要です。 |

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<br>１－１ | ・管理者及び従業者全員の毎日の勤務時間数（４週間分）を記載してください。<br>・職種は、管理者、介護支援専門員に区分して記載してください。<br>・常勤換算は、管理者を除き、介護支援専門員（管理者を兼務する者を含む）として従事する者の勤務時間数により換算してください。(15 頁参照)<br>・備考欄に営業日及び営業時間を記載してください。 |
| □ | 介護支援専門員の資格を証明するものの写し | | ・資格証等の写しを「当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧」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職務を兼ねる場合は、兼務関係が明確にわかるように作成してください。(17 頁参照) |

ウ　事業所の管理者の資格証等の書類

| ※ | 提出書類 | 様式等 | 説　明 |
|---|---|---|---|
| □ | 管理者の介護支援専門員の資格を証明するものの写し | | ・介護支援専門員との兼務の場合で、上記イで添付する場合は不要。 |

エ　事業所の平面図

| ※ | 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、会議室等）のレイアウト及び備品（机、椅子、鍵付き書庫）の配置及び各部屋の面積がわかるように作成してください。(18 頁参照)<br>・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もの）及び上記平面図で示した箇所の内部の広さや設備・備品等の配置状況がわかるカラー写真をＡ４の台紙に貼付し（電子ファイルの出力可）、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。<br>・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。<br>・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。<br>・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。 |

オ　運営規程

| ※ | 提出書類 | 様式等 | 説　明 |
|---|---|---|---|
| □ | 運営規程 | 参考資料<br>５－14 | ・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。<br>①事業の目的及び運営の方針<br>②職員の職種、員数及び職務内容<br>③営業日及び営業時間<br>申し込みや相談受付が可能な日・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。<br>④指定居宅介護支援の提供方法、内容及び利用料その他の費用の額<br>⑤通常の事業の実施地域<br>市町村単位での設定を基本とします。同一市区町村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。<br>⑥その他運営に関する重要事項<br>（20 頁参照） |

カ　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。<br>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）<br>※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。<br>②円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順<br>③苦情があったサービス事業者に対する対応方針等<br>④その他参考事項<br>（25 頁参照） |

キ　損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類

| | | | |
|---|---|---|---|
| □ | 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。<br>・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。<br>・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。 |

ク　関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携内容

| ※ | 提出書類 | 様式等 | 説　明 |
|---|---|---|---|
| □ | 関係市町村並びに他の保健医療･福祉サービスの提供主体との連携内容 | 参考様式 | ・次の事項について具体的に記載してください。<br>①関係市町村との連携内容<br>②他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携内容<br>③その他の参考事項<br>（26 頁参照） |

ケ　当該申請に係る事業に係る居宅介護支援計画費の請求に関する事項を記載した書類

| ※ | 提出書類 | 様式等 | 説　明 |
|---|---|---|---|
| □ | 介護給付費の算定に係る体制等状況一覧 | 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅介護支援） | ・異動年月日については体制が「あり」「なし」に関わらず、全て指定予定日で記載してください。 |

コ　当該申請に係る事業の指定を受けるにあたって、居宅介護支援事業にあっては、介護保険法第 79 条第２項各号に該当しない旨の誓約書

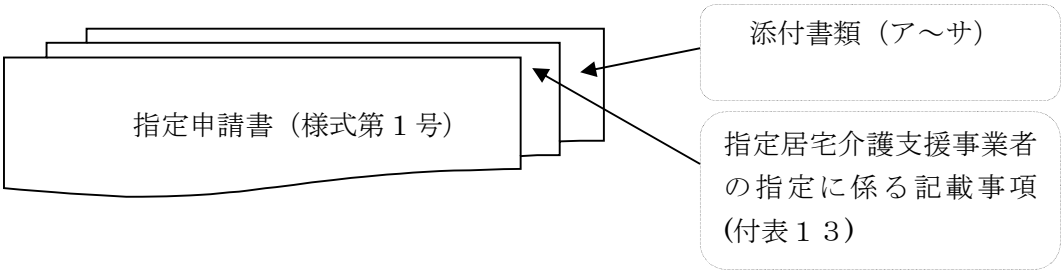
| ※ | 提出書類 | 様式等 | 説　明 |
|---|---|---|---|
| □ | 誓約書 | 参考様式９ | ・参考資料９（46 頁参照）<br>Ｃのみを〇で囲んでください。<br>署名欄に、法人住所、法人名称、代表者の職氏名を記入し法人の代表者印を押印してください。 |

サ　社会保険及び労働保険への加入状況にかかる書類

| ※ | 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票 | 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 32 頁「居宅介護支援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　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)

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　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　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
第115条の2第1項　指定介護予防サービス事業者

法人について記載すること。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、氏名及び住所を記載

書類を添えて申請します。

営利法人（株式会社・合同会社等）は、記入不要

その以外の法人は所轄庁名の記載をすること。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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－××××)<br>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－××××)<br>大阪府　大阪市　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

事業所について名称・所在地・連絡先を記載すること。事業所住所については、住居表示上の正式な地番で記載すること。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 指定を受けようとする事業所の種類 | フリガナ | ○×ケアプランセンター | |
| | 名　　称 | ○×ケアプランセンター | |
| | 事業所の所在地 | (郵便番号５４０－××××)<br>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 | ○ | | ○年○月○日 | 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 | | ◎ | ○年○月○日 | | 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13

指定居宅介護支援事業者の指定に係る記載事項

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 事業所 | フリガナ | ○×ケアプランセンター | | | |
| | 名　　称 | ○×ケアプランセンター | | | |
| | 所 在 地 | (郵便番号５４０－××××)<br>大阪市中央区○○町一丁目○番○号□ビル５階<br>（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 | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 管理者 | フリガナ | ○△　×□ | 住所・連絡先 | (郵便番号５４０－　　)<br>大阪市中央区○○町二丁目○番○号××マンション201 | | | |
| | 氏　　名 | ○△　×□ | | | | | |
| | 生年月日 | 昭和○○年○月○日生 | | 電話番号 | | FAX番号 | |
| | 介護支援専門員登録番号 | ２７×××××× | | 介護支援専門員との兼務の有無 | 有　・　無 | | |
| | 同一敷地内の他の事業所の職務との兼務(兼務の場合のみ記入) | 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 | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 利用者の推定数 | 50人 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 従業者 | | ※介護支援専門員の氏名等を別紙に記載し、添付すること。 | |
| | | 介護支援専門員 | |
| | | 専従 | 兼務 |
| | 常　勤(人) | | 1 |
| | 非常勤(人) | | |
| | 常勤換算後の人数 | 1.0 | |

管理者、その他職員は除くこと。
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<br>年間の休日 | |
| | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | |
| | 営業時間 | 平日 | 9:00～18:00 | | 土曜 | ～ | | 日・祝 | ～ | | |
| | | 備考　電話等により24時間常時連絡が可能な体制とする。 | | | | | | | | | |
| | 利用料 | 法定代理受領分　介護報酬の告示上の額 | | | | | | | | | |
| | | 法定代理受領分以外　介護報酬の告示上の額 | | | | | | | | | |
| | その他の費用 | 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 | | | | | | | | | |

備考　1　介護支援専門員の氏名等を別紙に記載し、添付すること。

2　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）

（表面から続く。）

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

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　関係市町村並びに他の保健医療サービス及び福祉サービスの提供主体との連携の内容を記載した書類

7　当該申請に係る事業に係る居宅介護サービス計画費の請求に関する事項を記載した書類

8　介護保険法第79条第2項各号に該当しないことを誓約する書類

9　その他指定に関し必要と認める事項を記載した書類

付 表 13(別 紙)　　当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

| | 氏　　名 | | 介護支援専門員登録番号 | 異動日 | 主任介護支援専門員の資格の有無 |
|---|---|---|---|---|---|
| ① | フリガナ | ○△　×□ | ×××××××× | 年　月　日 | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | ○△　×□ | | | |
| ② | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ③ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ④ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑤ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑥ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑦ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑧ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑨ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑩ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑪ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑫ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑬ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑭ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑮ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑯ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |

備　考　1　本別紙は、付表13とあわせて使用すること。
　　2　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。

【記入例】
〔参考様式１－１〕

## 【管理者が介護支援専門員を兼務する場合】

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　（ 居 宅 介 護 支 援 ）
事業所名　（ ○×ケアプランセンター ）

| 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 | | | |
| 管理者兼<br>介護支援専門員 | B | ○△　×□ | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 祝 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | 154 | 40 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 40 | 1．0 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

介護支援専門員が一人で、訪問等で不在の時間が生じる場合は、その間の連絡方法について、追記してください。

◎介護支援専門員の常勤換算
常勤の週の勤務時間 40 時間
40÷40=1.0（人）

（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：非常勤の勤務時間　10:00-17:00　（うち１時間休憩）６時間勤務
電話等により24時間常時連絡が可能な体制とする。
【※介護支援専門員が不在の場合は、併設の訪問介護事業所の管理者が連絡調整を行う。】　電話等により24時間常時連絡が可能な体制とする。

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（訪問入浴介護は不要）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。

【記入例】

## 【他の事業を兼務する介護支援専門員を配置する場合】

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）

〔参考様式１－１〕

サービス種類　（ 居 宅 介 護 支 援 ）

事業所名　（ ○×介護ケアプランセンター ）

| 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 | | | |
| 管理者兼介護支援専門員 | B | ○△　×□ | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 祝 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | 154 | 40 | |
| 介護支援専門員 | C | ××　×× | | 4b/8 | 4b/8 | 4b/8 | 4b/8 | 4b/8 | | | 祝 | 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 | | 76/160 | 20/40 | |
| 介護支援専門員 | C | △△　△ | | 6c | 4d | | 6c | 4d | | | 祝 | 4d | | 6c | 4d | | | 6c | 4d | | 6c | 4d | | | 6c | 4d | | 6c | 4d | | 74 | 20 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 80 | 2．0 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

時間をわけて、同一法人の併設事業所に従事する場合は、常勤雇用であっても「非常勤での専従」となります。備考欄に兼務する事業名、時間、職種を記入。

◎介護支援専門員の常勤換算
常勤の週の勤務時間 40 時間
40＋20＋20=80　　80÷40=2.0（人）

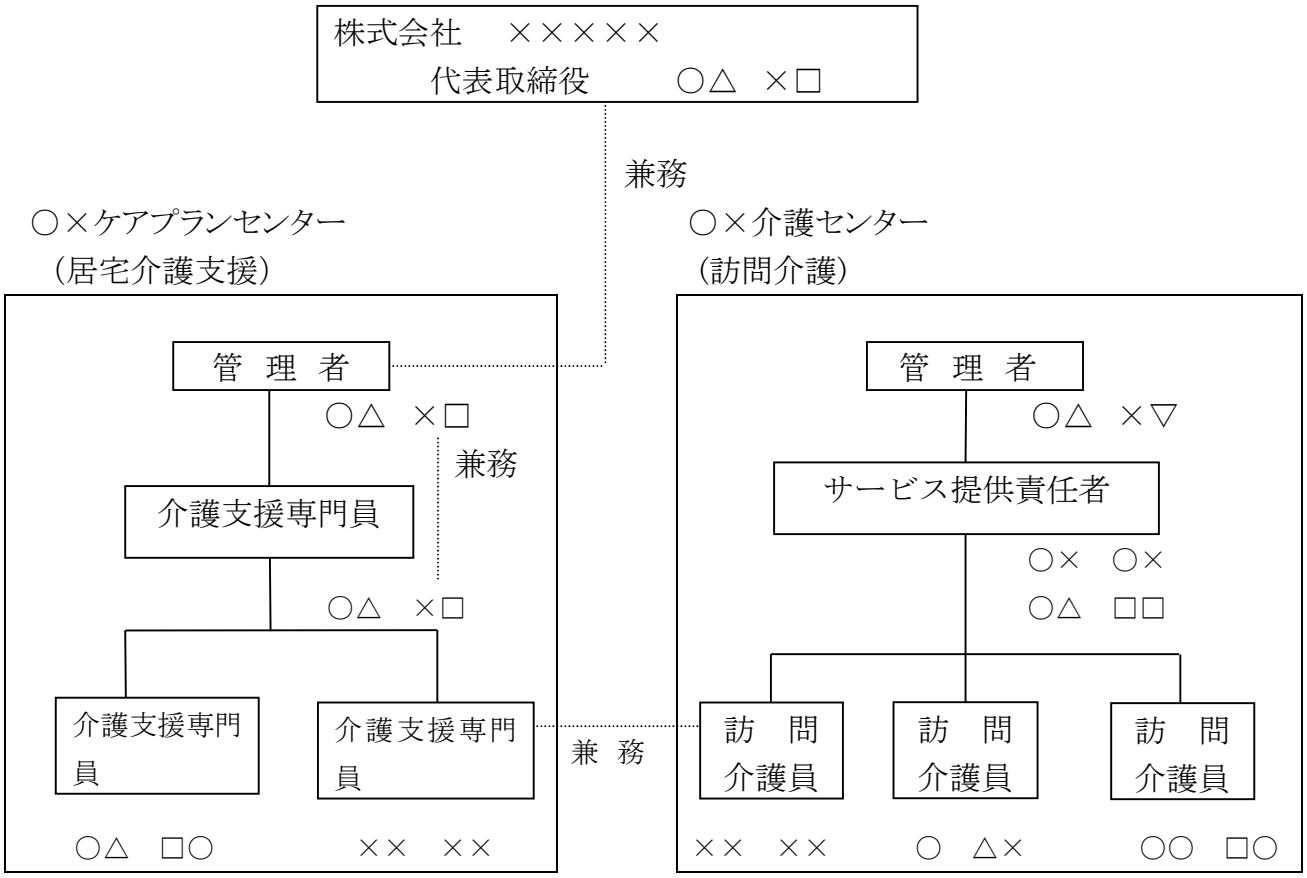
（備　考）　ａ：常勤の勤務時間　9:00-18:00　（うち１時間休憩）　８時間勤務　ｂ：14:00-18:00　４時間勤務
ｃ：非常勤の勤務時間　10:00-17:00　（うち１時間休憩）６時間勤務　ｄ：9:00-13:00　４時間勤務
ただし、××　××は、9:00-14:00（うち１時間休憩）４時間を訪問介護事業所の訪問介護員として勤務
電話等により24時間常時連絡が可能な体制とする。

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。

# 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。

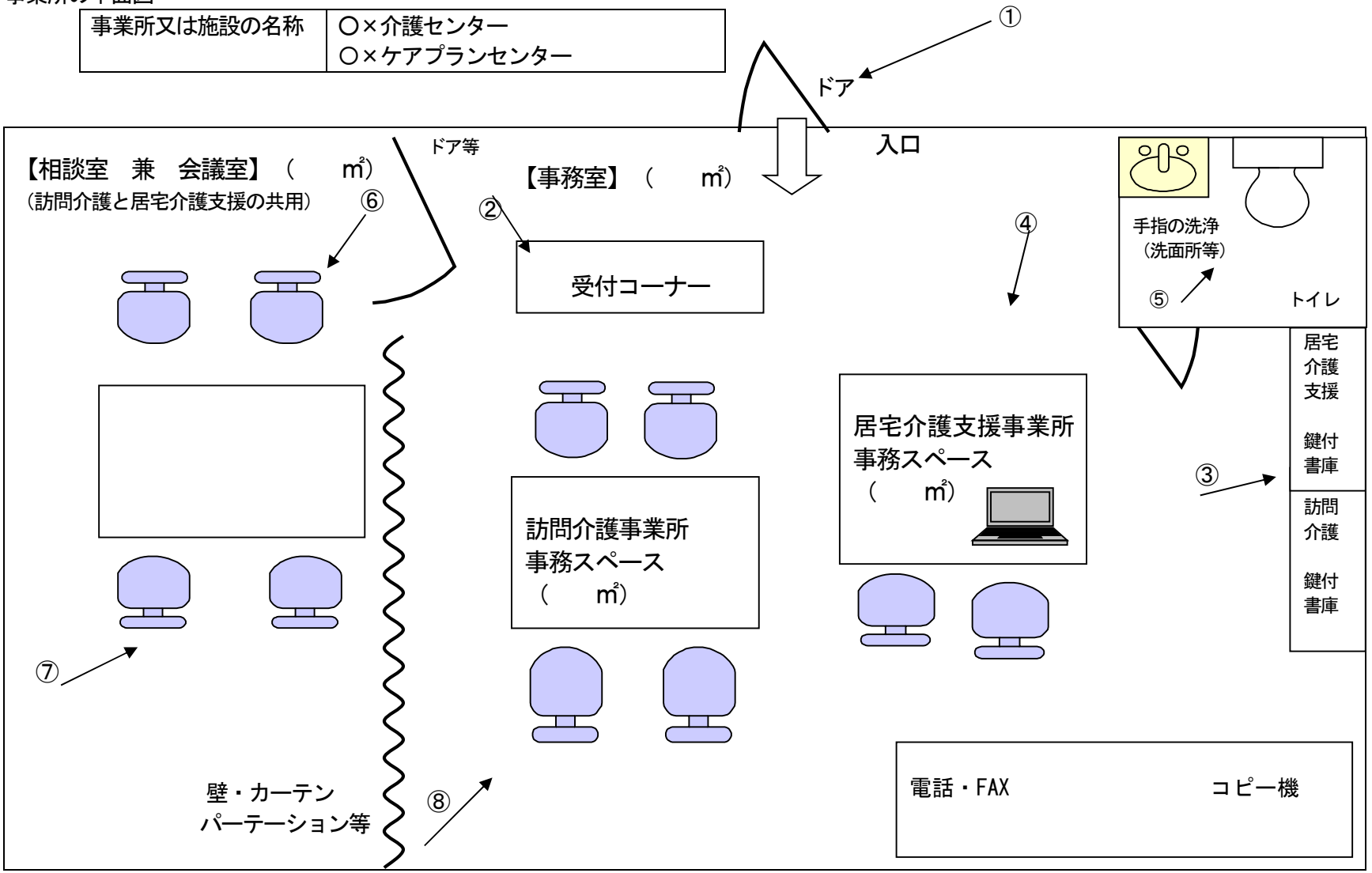



※　代表取締役　○△　×□は、勤務時間中は、居宅介護支援事業所の管理者兼介護支援専門員として専従します。

【記入例】

事業所の平面図

| 事業所又は施設の名称 | ○×介護センター<br>○×ケアプランセンター |
|---|---|




【相談室兼会議室】カーテンやパーテーションなどで遮蔽してください。

【事務スペース】他の事業と共用する場合は区画を明確にするなど他の事業の用に供するものと明確に区分してください。

※　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介護支援専門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。
※　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

この運営規程の例示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。

| 運　営　規　程　の　例 | 作成に当たっての留意事項等 |
|---|---|
| △△△指定居宅介護支援事業運営規程<br>（事業の目的）<br>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居宅介護支援事業（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管理運営に関する事項を定め、事業所の介護支援専門員が、要介護者等からの相談に応じ、及び要介護者がその心身の状況や置かれている環境等に応じて、本人やその家族の意向等を基に、居宅サービス又は施設サービスを適切に利用できるよう、サービスの種類内容等の計画を作成するとともに、サービスの提供が確保されるよう指定居宅サービス事業者、介護保険施設等との連絡調整その他の便宜の提供を行うことを目的とする。<br><br>（事業の運営の方針）<br>第２条　事業所が実施する事業は、利用者が要介護状態となった場合においても、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に配慮したものとする。<br>２　利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者自らの選択に基づき適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行う。<br>３　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て、利用者に提供される居宅サービス等が特定の種類または特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行う。<br>４　事業を行うにあたっては、利用者の所在する市町村、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努める。<br>５　前４項のほか、「各市町の条例」（右記参照）に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。<br><br>（事業所の名称及び所在地）<br>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。<br>（１）名　称　○×ケアプランセンター<br>（２）所在地　大阪市中央区○○町一丁目○番○号□ビル５階 | ・「＊＊＊」は、開設者名（法人名）を記載してください。<br>・「△△△」は、事業所の名称を記載してください。<br><br>・各市町の条例等を参照の上、事業運営に関する基本方針を記載してください。<br>（各市町の条例）<br>「泉佐野市介護保険条例」（平成 12 年 3 月 29 日泉佐野市条例第 8 号）<br>「泉南市指定居宅介護支援事業者の指定並びに指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例」（平成 30 年 3 月 27 日条例第 3 号）<br>「阪南市指定居宅介護支援事業者の指定に関する基準並びに指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例」（平成 30 年 3 月 27 日条例第 3 号）<br>「指定居宅介護支援事業者の指定並びに指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例」（平成 30 年 3 月 29 日条例第 7 号）<br>「田尻町指定居宅介護支援事業者の指定に関する基準並びに指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例」（平成 30 年 3 月 26 日条例第 1 号）<br>「岬町指定居宅介護支援事業者の指定並びに指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 |

| | |
|---|---|
| （従業者の職種、員数及び職務の内容）<br>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。<br>（１）管理者　１名（常勤職員・介護支援専門員）<br>　事業所における介護支援専門員、その他の従業者の管理、指定居宅介護支援の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他業務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居宅介護支援事業の実施に関し、遵守すべき事項についての指揮命令を行う。<br>（２）介護支援専門員　○名（常勤職員○名、非常勤職員○名）<br>　要介護者等からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況や置かれている環境等に応じて、本人やその家族の意向等を基に、居宅サービス又は施設サービスを適切に利用できるよう、サービスの種類内容等の計画を作成するとともに、サービスの提供が確保されるよう指定居宅サービス事業者、介護保険施設等との連絡調整その他の便宜の提供を行う。<br>（３）事務職員　○名（常勤又は非常勤　○名）<br>　必要な事務を行う。<br><br>（営業日及び営業時間）<br>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。<br>（１）営業日　○曜日から○曜日までとする。<br>　ただし、祝日、８月１３日から８月１５日まで、１２月２９日から１月３日までは除く。<br>（２）営業時間　午前○時から午後○時までとする。<br>（３）上記の営業日、営業時間のほか、電話等により２４時間常時連絡が可能な体制とする。<br><br>（指定居宅介護支援の提供方法及び内容）<br>第６条　「各市町の条例」（右記参照）に定める取扱方針を遵守するものとし、指定居宅介護支援の提供方法及び内容は次のとおりとする。<br>１　利用者からの居宅サービス計画作成依頼等に対する相談対応<br>当事業所内相談室において行う。<br>２　課題分析の実施<br>（１）課題分析の実施にあたっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行うものとする。<br>（２）課題分析の実施にあたっては、利用者の生活全般についての状態を十分把握し、利用者が自立した生活を営むことができるよう支援するうえで、解決すべき課題を把握するものとする。<br>（３）使用する課題分析票の種類は○○方式とする。 | を定める条例」（平成 30 年 3 月 27 日条例第１号）<br>・所在地は、丁目、番、号、ビル名を正確に記載してください。<br><br>・介護支援専門員と兼務する場合は、「介護支援専門員<u>と兼務」</u>と記載してください。<br><br>・常勤と非常勤に分類して記載してください。<br><br>・事務職員は、配置する場合のみ記載してください。<br><br>・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。<br><br>・内容については、あくまで例示ですので、事業所の実態に応じて記載してください。 |

| | |
|---|---|
| 3　居宅サービス計画原案の作成<br>　利用者及びその家族の希望並びに利用者について把握された解決すべき課題に基づき、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスを利用するうえでの留意点等を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成する。<br>4　サービス担当者会議等の実施<br>　居宅サービス計画原案に位置づけた指定居宅サービス等の担当者を招集した、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、居宅サービス計画原案の内容について、担当者から専門的見地からの意見を求めるものとする。<br>5　居宅サービス計画の確定<br>　介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分したうえで、その種類、内容、利用料等について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得るものとする。<br>6　サービス実施状況の継続的な把握及び評価<br>　居宅サービス計画の作成後においても、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うことにより、居宅サービス計画の実施状況や利用者についての解決すべき課題についての把握を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。 | ・ＭＤＳ－ＨＣ方式など当事業所で使用する課題分析票の種類を記載してください。 |
| （指定居宅介護支援の利用料等）<br>第７条　居宅介護支援の利用料その他の費用の額は次のとおりとする。<br>1　法定代理受領以外の利用料は、厚生労働大臣が定める基準（告示上の報酬額）によるものとする。<br>2　提供した指定居宅介護支援について法定代理受領以外の利用料の支払を受けた場合、領収書及び指定居宅介護支援提供証明書を交付する。<br>3　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。<br>（1）事業所から片道おおむね○○キロメートル未満　※※※円<br>（2）事業所から片道おおむね○○キロメートル以上　※※※円<br><br>（通常の事業の実施地域）<br>第８条　通常の事業の実施地域は、○○市、○○町の区域とする。 | ・自動車を使用する場合の交通費の徴収も、実費の範囲で設定してください。<br>・通常の実施地域に係る交通費は、介護報酬に含まれます。<br>・原則として、市町村単位（大阪市・堺市は区単位）で設定してください。<br>・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）<br>第９条　事業所は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとする。<br>２　前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録を行うものとする。<br>３　利用者に対する指定居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとする。<br><br>（苦情処理）<br>第１０条　指定居宅介護支援の提供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じるものとする。<br>２　事業所は、提供した指定居宅介護に関し、介護保険法第２３条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び市町村が行う調査に協力するとともに、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。<br>３　事業所は、提供した指定居宅介護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が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会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。<br><br>（個人情報の保護）<br>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ドライン」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとする。<br>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。<br><br>（虐待防止に関する事項）<br>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。<br>（１）虐待を防止するための従業者に対する研修の実施<br>（２）利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備<br>（３）その他虐待防止のために必要な措置<br>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。<br><br>（その他運営に関する重要事項）<br>第１３条　事業所は、居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図ることとし、業務の執務体制についても検証、整備する。<br>２　本事業所は、職員の質的向上を図るために研修の機会を次のとおり設けるものとする。<br>（１）採用時研修　採用後○ヶ月以内<br>（２）継続研修　　年○回<br>３　職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。<br>４　職員であった者に、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、職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、従業者との雇用契約の内容とする。<br>５　事業所は、指定居宅介護支援に関する諸記録を整備し、当該記録等に係る居宅サービス計画の完了の日から最低５年間は保存するものとする。<br>６　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。<br><br>附　則<br>この規程は、令和○年○月○日から施行する。 | ・利用者に関する市町村への通知に係る記録は、通知した日から５年間保存。<br>・事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録は、作成した日から５年間保存。<br><br>・「＊＊＊」は、開設者名（法人名）を記載してください。 |

【記入例】

# 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 | ○×ケアプランセンター |
| 申請するサービスの種類 | 居宅介護支援 |

申請書に記載した事業所名を記入してください。

| 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<br><br>・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。<br>　常設窓口：電　話　00-0000-0000　　ＦＡＸ　00-0000-0000<br>　担当者：○○　○○又は○○　○○<br><br>・各所在地保険者：　電　話　000-000-0000　ＦＡＸ　000-000-0000<br><br>・泉佐野市広域福祉課：電　話　072-493-2023　ＦＡＸ072-463-7780<br><br>・大阪府国民健康保険団体連合会：電　話 06-6949-5418<br><br>※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。<br><br>・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。<br><br>・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。<br><br>2　円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順<br><br>・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。<br><br>・特に事業者に関する苦情である場合には、利用者の立場を考慮しながら、事業者側の責任者に事実関係の特定を慎重に行う。<br><br>・相談担当者は、把握した状況について（※スタッフとともに）検討を行い、時下の対応を決定する。<br><br>・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。）<br><br>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）<br><br>・処理体制に記したとおり、事業者の管理者にあてて、苦情内容の事実確認を迅速に行うとともに、共同でその対応を行う。なお、苦情内容については、サービス担当者会議等での報告を行い再発防止の対応方針を協議する。<br><br>4　その他参考事項<br><br>・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。 |

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。

複数の介護支援専門員がいる場合

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。

【参考資料C】関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携内容

サービスの種類　（　居宅介護支援事業　　）

事業所又は施設名（　○×ケアプランセンター　　）

| 関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携内容 | |
|---|---|
| 連携する項目 | 連携の内容 |
| 1　関係市町村との連携の内容<br><br>記載内容は、記入例です。連携の内容について具体的な方法を記載してください。 | (1)サービス提供前の受給資格の確認等<br>利用者からの居宅サービス計画等の作成依頼があった場合、予め被保険者証により受給資格を確認するとともに、認定審査未了者については、申請手続を円滑に行えるよう関係市町村との連絡調整のもとで支援する。<br><br>(2)居宅サービス計画の作成等<br>利用者のニーズに応じた適切なサービスの提供が可能なようにプラン作成を行うとともに、介護給付等対象以外の保健医療、福祉サービスを含めた居宅サービス計画策定が可能なよう、日常より市町村との情報交換を密にする。<br><br>(3)利用者に関する通知<br>正当な理由なしにサービス利用に関する指示に従わず要介護度を増進させる、又は偽りその他の不正行為により保険給付を受けた又は受けようとするものについては、遅滞なく市町村に通知する。<br><br>(4)事故発生時の対応等<br>利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合、速やかに市町村に連絡を行う。 |
| 2　他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容 | (1) サービス提供困難時の対応<br>通常の事業の実施地域等を勘案して、自らが適切な居宅介護支援の提供が困難であると認められる場合には、他の指定居宅介護支援事業者の紹介その他の適切な処置を行う。<br><br>(2) 指定居宅サービス事業者との連携<br>提供されるサービスがサービス担当者会議での検討課題や居宅サービス計画に基づき、適切に提供されているかどうかの状況について、継続的な把握と評価を実施するよう<br>サービス事業者との連絡調整を密に行う。<br><br>(3) 介護保険施設との連携<br>居宅において日常生活を営むことが困難な利用者に対して介護保険施設への入院又は入所が必要な場合の紹介、その他の便宜供与、又施設から退院又は退所しようとする要介護者等が円滑に居宅での生活に移行できるよう居宅サービス計画を事前に作成する援助が行えるよう、介護保険施設との連絡調整を密に行う。<br><br>(4) 事故発生時の対応等<br>サービスの提供等により事故が発生した場合、適切な対処を行えるよう連絡調整体制を事業者との間で文面を取り交わす。 |
| 3　その他の参考事項 | ……… |

様式は任意です。必要な項目があれば、上記項目に加えても差し支えありません。

用紙の大きさは、日本工業規格A列 4 番を使用ください。

# 介護給付費算定に係る体制等に関する届出について

## 【居宅介護支援】

**※ この要件は令和元年10月1日現在のものです。今後、厚生労働省からの通知等があった場合は、要件の内容について見直す場合がありますので、予めご了承ください。**

### 1　加　算

| 項　目 | 必　要　書　類 |
|---|---|
| **特定事業所加算**<br>**(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)** | ①変更届出書(様式第5号)<br>②介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅介護支援)<br>③特定事業所加算・ターミナルマネジメント加算に係る届出書(居宅介護支援事業所)(別紙10-2)<br>④勤務体制･勤務形態一覧表(算定日から4週間分・従業者全員分で作成)(参考様式 1-1)<br>⑤付表 13 別紙(従業者全員分で作成)<br>⑥主任介護支援専門員の資格者証(写)(未提出分)<br>⑦研修機関と「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していることがわかる書類(写)<br>＊⑦は平成 28 年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から適用<br>⑧誓約書(加算用) |
| **特定事業所加算**<br>**(Ⅳ)** | ①変更届出書(様式第5号)<br>②介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅介護支援)<br>③特定事業所加算・ターミナルマネジメント加算に係る届出書(居宅介護支援事業所)(別紙10-2)<br>④誓約書(加算用) |
| **ターミナルケアマネジメント加算** | ①変更届出書(様式第5号)<br>②介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅介護支援)<br>③特定事業所加算・ターミナルマネジメント加算に係る届出書(居宅介護支援事業所)(別紙10-2) |

### 2　算定要件

| 基　準 | 解釈通知 |
|---|---|
| **●特定事業所加算**<br><br>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長（特別区の区長を含む。以下同じ。）に届け出た指定居宅介護支援事業所は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、特定事業所加算(Ⅰ)から特定事業所加算(Ⅲ)までのいずれかの加算を算定している場合においては、特定事業所加算(Ⅰ)から特定事業所加算(Ⅲ)までのその他の加算は算定しない。<br>イ　特定事業所加算(Ⅰ)　500 単位<br>ロ　特定事業所加算(Ⅱ)　400 単位<br>ハ　特定事業所加算(Ⅲ)　300 単位<br>二　特定事業所加算(Ⅳ)　125 単位<br><br>※別に厚生労働大臣が定める基準の内容は次のとおり。<br>イ　特定事業所加算(Ⅰ)<br>次のいずれにも適合すること。<br>(1)　専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を２名以上配置していること。<br>(2)　専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を３名以上配置していること。<br>(3)　利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての | 11　特定事業所加算の取扱いについて<br>(1)　趣旨<br>特定事業所加算制度は、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応や、専門性の高い人材の確保、医療・介護連携への積極的な取組等を総合的に実施することにより質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域における居宅介護支援事業所のケアマネジメントの質の向上に資することを目的とするものである。<br>(2)　基本的取扱方針<br>特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)の対象となる事業所については、<br>・公正中立性を確保し、サービス提供主体からも実質的に独立した事業所であること。<br>・常勤かつ専従の主任介護支援専門員及び介護支援専門員が配置され、どのような支援困難ケースでも適切に処理できる体制が整備されている、いわばモデル的な居宅介護支援事業所であること<br>が必要となるものであり、これらに加えて、特定事業所加算(Ⅳ)の対象となる事業所においては、日頃から医療機関等との連携に関する取組をより積極的に行う事業所であることが必要となる。 |

留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催すること。

(4)　24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること。

(5)　算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護３、要介護４又は要介護５である者の占める割合が100分の40以上であること。

(6)　当該指定居宅介護支援事業所における介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。

(7)　地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供していること。

(8)　地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること。

(9)　居宅介護支援費に係る運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと。

(10)　指定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員１人当たり 40 名未満であること。

(11)　介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していること。（平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から適用）

(12)　他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施していること。

ロ　特定事業所加算(Ⅱ)

次のいずれにも適合すること。

(1)　イ(2)、(3)、(4)及び(6)から(12)までの基準に適合すること。

(2)　専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を配置していること。

ハ　特定事業所加算(Ⅲ)

次のいずれにも適合すること。

(1)　イ(3)、(4)及び(6)から(12)までの基準に適合すること。

(2)　ロ(2)の基準に適合すること。

(3)　専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を２名以上配置していること。

二　特定事業所加算(Ⅳ)

次のいずれにも適合すること。

(1)　前々年度の３月から前年度の２月までの間において退院・退所加算(Ⅰ)イ、(Ⅰ)ロ、(Ⅱ)イ、(Ⅱ)ロ又は(Ⅲ)の算定に係る病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設との連携の回数(第八十五号の二イからホまでに規定する情報の提供を受けた回数をいう。）の合計が３５回以上であること。

(2)　前々年度の３月から前年度の２月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を５回以上算定していること。

(3)　特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定していること。

本制度については、こうした基本的な取扱方針を十分に踏まえ、(1)に掲げる趣旨に合致した適切な運用を図られるよう留意されたい。

(3)　厚生労働大臣の定める基準の具体的運用方針

大臣基準告示第八十四号に規定する各要件の取扱については、次に定めるところによること。

①　(1)関係

常勤かつ専従の主任介護支援専門員については、当該指定居宅介護支援事業所の業務に支障がない場合は、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務しても差し支えないものとする。

②　(2)関係

常勤かつ専従の介護支援専門員３名とは別に、主任介護支援専門員２名を置く必要があること。したがって、当該加算を算定する事業所においては、少なくとも主任介護支援専門員２名及び介護支援専門員３名の合計５名を常勤かつ専従で配置する必要があること。

③　(3)関係

「利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議」は、次の要件を満たすものでなければならないこと。

ア　議題については、少なくとも次のような議事を含めること。

(1)　現に抱える処遇困難ケースについての具体的な処遇方針

(2)　過去に取り扱ったケースについての問題点及びその改善方策

(3)　地域における事業者や活用できる社会資源の状況

(4)　保健医療及び福祉に関する諸制度

(5)　ケアマネジメントに関する技術

(6)　利用者からの苦情があった場合は、その内容及び改善方針

(7)　その他必要な事項

イ　議事については、記録を作成し、2年間保存しなければならないこと。

ウ　「定期的」とは、おおむね週１回以上であること。

④　(4)関係

24時間連絡可能な体制とは、常時、担当者が携帯電話等により連絡を取ることができ、必要に応じて相談に応じることが可能な体制をとる必要があることを言うものであり、当該事業所の介護支援専門員が輪番制による対応等も可能であること。

⑤　(5)関係

要介護３、要介護４又は要介護５の者の割合が40%以上であることについては、毎月その割合を記録しておくこと。

なお、特定事業所加算を算定する事業所については、積極的に支援困難ケースに取り組むべきこととされているものであり、こうした割合を満たすのみではなく、それ以外のケースについても、常に積極的に支援困難ケースを受け入れるべきものであること。

また、(7)の要件のうち、「地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合」に該当するケースについては、例外的に(5)の40%要件の枠外として取り扱うことが可能であること（すなわち、当該ケースについては、要介護３、要介護４又は要介護５の者の割合の計算の対象外として取り扱うことが可能）。

⑥　(6)関係

| | |
|---|---|
| | 「計画的に研修を実施していること」については、当該事業所における介護支援専門員の資質向上のための研修体系と当該研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、介護支援専門員について個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等について、毎年度少なくとも次年度が始まるまでに次年度の計画を定めなければならない。また、管理者は、研修目標の達成状況について、適宜、確認し、必要に応じて改善措置を講じなければならないこと。なお、年度の途中で加算取得の届出をする場合にあっては、当該届出を行うまでに当該計画を策定すればよいこと。<br>⑦　(7)関係<br>特定事業所加算算定事業所については、自ら積極的に支援困難ケースを受け入れるものでなければならず、また、そのため、常に地域包括支援センターとの連携を図らなければならないこと。<br>⑧　(9)関係<br>特定事業所加算の趣旨を踏まえ、単に減算の適用になっていないのみならず、特定事業所加算の趣旨を踏まえた、中立公正を確保し、実質的にサービス提供事業者からの独立性を確保した事業所である必要があること。<br>⑨　(10)関係<br>取り扱う利用者数については、原則として事業所単位で平均して介護支援専門員 1 名当たり 40 名未満であれば差し支えないこととするが、ただし、不当に特定の者に偏るなど、適切なケアマネジメントに支障がでることがないよう配慮しなければならないこと。<br>⑩　(11)関係<br>協力及び協力体制とは、現に研修における実習等の受入が行われていることに限らず、受入が可能な体制が整っていることをいう。そのため、当該指定居宅介護支援事業所は、研修の実施主体との間で実習等の受入を行うことに同意していることを、書面等によって提示できるようにすること。<br>⑪　(12)関係<br>特定事業所加算算定事業所は、質の高いケアマネジメントを実施する事業所として、地域における居宅介護支援事業所のケアマネジメントの質の向上を牽引する立場にあることから、同一法人内に留まらず、他の法人が運営する事業所の職員も参画した事例検討会等の取組を、自ら率先して実施していかなければならない。なお、事例検討会等の内容、実施時期、共同で実施する他事業所等について、毎年度少なくとも次年度が始まるまでに次年度の計画を定めなければならない。なお、年度の途中で加算取得の届出をする場合にあっては、当該届出を行うまでに当該計画を策定すること。<br>⑫　特定事業所加算(Ⅱ)について<br>常勤かつ専従の主任介護支援専門員については、当該指定居宅介護支援事業所の業務に支障がない場合は、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務しても差し支えないものとする。また、常勤かつ専従の介護支援専門員３名とは別に、主任介護支援専門員を置く必要があること。したがって、当該加算を算定する事業所においては、少なくとも主任介護支援専門員及び介護支援専門員３名の合計４名を常勤かつ専従で配置する必要があること。<br>⑬　特定事業所加算(Ⅲ)について<br>常勤かつ専従の主任介護支援専門員については、 |

| | |
|---|---|
| | 当該指定居宅介護支援事業所の業務に支障がない場合は、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務しても差し支えないものとする。<br>　また、常勤かつ専従の介護支援専門員２名とは別に、主任介護支援専門員を置く必要があること。したがって、当該加算を算定する事業所においては、少なくとも主任介護支援専門員及び介護支援専門員２名の合計３名を常勤かつ専従で配置する必要があること。<br>⑭　特定事業所加算(Ⅳ)について<br>ア　退院・退所加算の算定実績について<br>　退院・退所加算の算定実績に係る要件については、退院・退所加算の算定回数ではなく、その算定に係る病院等との連携回数が、特定事業所加算(Ⅳ)を算定する年度の前々年度の３月から前年度の２月までの間において 35 回以上の場合に要件を満たすこととなる。<br>イ　ターミナルケアマネジメント加算の算定実績について<br>　ターミナルケアマネジメント加算の算定実績に係る要件については、特定事業所加算(Ⅳ)を算定する年度の前々年度の３月から前年度の２月までの間において、算定回数が５回以上の場合に要件をみたすこととなる。<br>ウ　特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)の算定実績について<br>　特定事業所加算(Ⅳ)は、質の高いマネジメントを提供する体制のある事業所が医療・介護連携に総合的に取り組んでいる場合に評価を行うものであるから、他の要件を満たす場合であっても、特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)のいずれかを算定していない月は特定事業所加算(Ⅳ)の算定はできない。<br>⑮　その他<br>　特定事事業所加算取得事業所については、介護保険法に基づく情報公表を行うほか、積極的に特定事業所加算取得事業所である旨を表示するなど利用者に対する情報提供を行うこと。また、利用者に対し、特定事業所加算取得事業所である旨及びその内容が理解できるよう説明を行うこと。<br>(4)　手続<br>　本加算を取得した特定事業所については、毎月末までに、基準の遵守状況に関する所定の記録を作成し、２年間保存するとともに、市町村長から求めがあった場合については、提出しなければならない。 |
| **●ターミナルケアマネジメント加算**<br>　在宅で死亡した利用者(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)に対して、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定居宅介護支援事業所が、その死亡日及び死亡日前 14 日以内に２日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、当該利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者に提供した場合は、１月につき所定単位数を加算する。<br><br>※別に厚生労働大臣が定める基準の内容は次のとおり<br>ターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者について、24 時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備していること。 | 17　ターミナルケアマネジメント加算について<br>(1) ターミナルケアマネジメント加算については、在宅で死亡した利用者の死亡月に加算することとするが、利用者の居宅を最後に訪問した日の属する月と、利用者の死亡月が異なる場合には、死亡月に算定することとする。<br>(2) ターミナルケアマネジメント加算は、１人の利用者に対し、１か所の指定居宅介護支援事業所に限り算定できる。なお、算定要件を満たす事業所が複数ある場合には、当該利用者が死亡日又はそれに最も近い日に利用した指定居宅サービスを位置づけた居宅サービス計画を作成した事業所がターミナルケアマネジメント加算を算定することとする。<br>(3) ターミナルケアマネジメント加算を受けることについて利用者又はその家族が同意した時点以降は、次に掲げる事項を支援経過として居宅サービス計画等に記録しなければならない。<br>　①　終末期の利用者の心身又はその家族の状況の変化 |

| | |
|---|---|
| | や環境の変化及びこれらに対して居宅介護支援事業者が行った支援についての記録<br>② 利用者への支援にあたり、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等と行った連絡調整に関する記録<br>(4) ターミナルケアマネジメントを受けている利用者が、死亡診断を目的として医療機関へ搬送され、24 時間以内に死亡が確認される場合等については、ターミナルケアマネジメント加算を算定することができるものとする。 |

## 居宅介護支援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 |
|---|---|---|
| □ | 指定居宅介護支援事業者指定申請書 | 様式第１号 |
| □ | 指定居宅介護支援事業者の指定に係る記載事項 | 付表１３ |
| □ | 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧 | 付表１３（別紙） |
| □ | 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 |
| □ | 介護支援専門員の資格を証明するものの写し | |
| □ | 組織体制図 | |
| □ | 管理者の資格を証明するものの写し | |
| □ | 平面図 | 参考様式３ |
| □ | 写真 | |
| □ | 案内図 | |
| □ | 賃貸借契約書の写し | |
| □ | 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 | |
| □ | 関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携内容 | 参考資料Ｃ |
| □ | 介護給付費の算定に係る体制等状況一覧表 | |
| □ | 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　―　)<br>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　―　)<br>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13

指定居宅介護支援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 | | | | | |
| | 介護支援専門員登録番号 | | | 介護支援専門員との兼務の有無 | 有　・　無 | | | | | | |
| | 同一敷地内の他の事業所の職務との兼務(兼務の場合のみ記入) | 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 | | | | | | | | | |
| 利用者の推定数 | | 人 | | | | | | | | | |
| 従業者 | | ※介護支援専門員の氏名等を別紙に記載し、添付すること。 | | | | | | | | | |
| | | 介護支援専門員 | | | | | | | | | |
| | | 専従 | 兼務 | | | | | | | | |
| | 常　勤(人) | | | | | | | | | | |
| | 非常勤(人) | | | | | | | | | | |
| | 常勤換算後の人数 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| | 利用料 | 法定代理受領分 | | | | | | | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | |
| | その他の費用 | | | | | | | | | | |
| | 通常の事業実施地域 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | | | | | |
| | | 備考 | | | | | | | | | |

備考　1　介護支援専門員の氏名等を別紙に記載し、添付すること。

2　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）

（表面から続く。）

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

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　関係市町村並びに他の保健医療サービス及び福祉サービスの提供主体との連携の内容を記載した書類

7　当該申請に係る事業に係る居宅介護サービス計画費の請求に関する事項を記載した書類

8　介護保険法第79条第2項各号に該当しないことを誓約する書類

9　その他指定に関し必要と認める事項を記載した書類

付 表 13(別 紙)　　当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

| | 氏　　名 | | 介護支援専門員登録番号 | 異動日 | 主任介護支援専門員の資格の有無 |
|---|---|---|---|---|---|
| ① | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ② | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ③ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ④ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑤ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑥ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑦ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑧ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑨ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑩ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑪ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑫ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑬ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑭ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑮ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |
| ⑯ | フリガナ | | | | 有　・　無 |
| | 氏　　名 | | | | |

備　考　1　本別紙は、付表13とあわせて使用すること。
　　2　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。

【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）

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<br><br>２　円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順<br><br>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）<br><br>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。

【参考資料C】関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携内容

サービスの種類　（　　）

事業所又は施設名（　　）

| 関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携内容 | |
|---|---|
| 連 携 す る 項 目 | 連 携 の 内 容 |
| 1　関係市町村との連携の内容 | |
| 2　他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容 | |
| 3　その他の参考事項 | |

様式は任意です。必要な項目があれば、上記項目に加えても差し支えありません。

用紙の大きさは、日本工業規格A列 4 番を使用ください。

# 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

（居　宅　介　護　支　援）

１異動等の区分

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 新　規 | 2 | 変　更 | 3 | 終　了 |

２事業所番号および名称

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業所番号 | 2 | 7 | | | | | | | | |
| 事業所の名称 | | | | | | | | | | |

３届出を行う体制等

| 加算等の項目 | | | | | | | | | 異動（予定）年月日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 地域区分 | １級地 | ２級地 | ３級地 | ４級地 | ５級地 | ６級地 | ７級地 | その他 | 年　月　日 |
| 特定事業所集中減算 | 1 | な　し | | | 2 | あ　り | | | 年　月　日 |
| 特定事業所加算 | 1 | なし | 2 | 加算Ⅰ | 3 | 加算Ⅱ | 4 | 加算Ⅲ | 5 加算Ⅳ | 年　月　日 |
| ターミナルケアマネジメント加算 | 1 | な　し | | | 2 | あ　り | | | 年　月　日 |

（別紙10－２）

令和　　年　　月　　日

特定事業所加算・ターミナルケアマネジメント加算に係る届出書（居宅介護支援事業所）

| | |
|---|---|
| 事　業　所　名 | |
| 異　動　等　区　分 | 1　新規　　2　変更　　3　終了 |
| 届　出　項　目 | 1　特定事業所加算(Ⅰ)　2　特定事業所加算(Ⅱ)　3　特定事業所加算（Ⅲ）<br>4　特定事業所加算(Ⅳ)　5　ターミナルケアマネジメント加算 |

| | |
|---|---|
| １．特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅳ)に係る届出内容<br>届出項目が「1 特定事業所加算(Ⅰ)」の場合は①を、「2 特定事業所加算(Ⅱ)」及び「３特定事業所加算（Ⅲ）」の場合は②を記載すること。 | |
| ①　常勤かつ専従の主任介護支援専門員２名を配置している。 | 有 ・ 無 |
| ②　常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置している。 | 有 ・ 無 |
| ③　介護支援専門員の配置状況<br>介護支援専門員　常勤専従　　人 | |
| ④　利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催している。 | 有 ・ 無 |
| ⑤　24時間常時連絡できる体制を整備している。 | 有 ・ 無 |
| ⑥　利用者の総数のうち、要介護３、要介護４又は要介護５である者の占める割合が４０％以上 | 有 ・ 無 |
| ⑦　介護支援専門員に対し、計画的に、研修を実施している。 | 有 ・ 無 |
| ⑧　地域包括支援センターからの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。 | 有 ・ 無 |
| ⑨　地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。 | 有 ・ 無 |
| ⑩　運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用の有無 | 有 ・ 無 |
| ⑪　介護支援専門員1人当たり（常勤換算方法による）の担当利用者数が４０名以上の有無 | 有 ・ 無 |
| ⑫　介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制の確保の有無 | 有 ・ 無 |
| ⑬　他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施している。 | 有 ・ 無 |
| ⑭　退院・退所加算の算定に係る病院又は診療所等との連携回数の合計が年間３５回以上である。 | 有 ・ 無 |
| ⑮　ターミナルケアマネジメント加算を年間５回以上算定している。 | 有 ・ 無 |
| ⑯　特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定している。 | 有 ・ 無 |

※　各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。

| | |
|---|---|
| ２．ターミナルケアマネジメント加算に係る届出内容 | |
| ①　ターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者について、24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備している。 | 有 ・ 無 |

【誓約書②】特定事業所加算用（居宅介護支援用）

# 誓　　約　　書

| | |
|---|---|
| サービスの種別 | |
| 事業所の名称 | |
| 介護保険事業所番号 | |

１．今回の届出に関して、「指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成１２年厚生労働省告示第２０号）」及び解釈通知等による算定要件の内容を理解した上で、上記事業所において当該算定基準を満たしていること。

２．今回の届出に関して、基準を満たしていないことが判明した場合には、速やかに　　の指示に従って必要な措置をとること。

上記事項１及び２について誓約します。
なお、事業運営にあたっては、介護保険法、その他の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：　　㊞

（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。

社会福祉事業等の事業所　　【別紙１】

# 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）<br>●保険料の領収証書　●社会保険料納入証明書<br>●社会保険料納入確認書<br>●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<br>●健康保険・厚生年金保険適用通知書<br>※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。<br>（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。）<br>□□□□□□□□ |
| 2 | **現在、加入手続中である。** |
| 3 | **今後、加入手続を行う。**<br>（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。）<br>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。**<br>（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）<br>●労働保険概算・確定保険料申告書<br>●納付書・領収証等　●保険関係成立届<br>※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。<br>（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。）<br>□□□□□□□□□□□－□□□ |
| 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。