

笠松町介護予防・日常生活支援総合事業の事業者指定手続き等に関する要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）、介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「省令」という。）及び笠松町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（平成29年告示第60号。以下「実施要綱」という。）に定めるもののほか、指定事業者の指定等に関し必要な事項を定めるものとする。

(用語の定義)

第2条 この要綱における用語の定義は、法、省令、介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針（平成27年厚生労働省告示第196号）、地域支援事業実施要綱（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知「地域支援事業の実施について」。）及び実施要綱で使用する用語の例による。

(指定の申請等)

第3条 法第115条の45の5の規定による申請は、笠松町介護予防・日常生活支援総合事業指定申請書（第1号様式）により行うものとする。

2 第1項の申請は、原則として事業開始予定日の1ヶ月前までに行うものとする。

3 町長は、前項の規定により提出された申請書の内容が、指定基準を満たしていることと判断したときは、翌月1日をもって指定事業者として指定し、笠松町介護予防・日常生活支援総合事業指定通知書（第2号様式）により、指定を行わないときは、笠松町介護予防・日常生活支援総合事業指定申請却下通知書（第3号様式）により、当該申請者にその旨通知する。但し、申請月日が月途中の場合、指定は申請月の翌々月の1日とする。

(申請書の補正等)

第4条 町長は、提出された申請書等に不備があるときは、申請者に補正を求めるものとする。

(指定拒否)

第5条 町長は、指定申請があった場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、指定をしてはならない。

- (1) 指定申請をした事業者（以下「申請者」という。）が、法人でないとき。
- (2) 申請者が、笠松町訪問介護相当サービス及び通所介護相当サービスの

人員、設備及び運営等に関する基準を定める要綱（平成29年笠松町告示第62号）又は笠松町通所型サービスAの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める要綱（令和4年笠松町告示第200号）に従つて適正な事業の運営をすることができないと認められるとき。

- (3) 申請者の役員（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。）又はその事業所を管理する申請者の使用人であつて、申請者の事業所又は申請者が開設した施設を管理するもの（以下「役員等」という。）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、法その他国民の保健医療又は福祉に関する法律で介護保険法施行令（平成10年政令第412号。以下「政令」という。）第35条の2各号に掲げる法律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) 申請者が、政令第35条の3各号に掲げる法律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。
- (6) 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（昭和25年法律第226号）の規定による国民健康保険税を含む。以下「保険料等」という。）について、当該指定申請をした日の前日までに、これらの法律の規定による滞納処分を受け、かつ、当該滞納処分を受けた日から正当な理由なく3月以上の期間にわたり、当該滞納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（当該滞納処分を受けた者が、当該滞納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。）を引き続き滞納している者であるとき。
- (7) 申請者が、法第115条の45の9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（当該取消しの処分に係る行政手続法（平成5年法律第88号）第15条第1項の規定による

聴聞の通知があった日前 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む。) であるとき。

- (8) 申請者と密接な関係を有する者が、法第 115 条の 45 の 9 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町長が認めるものに該当する場合を除く。
- (9) 申請者が、法第 115 条の 45 の 9 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 条第 1 項の規定による聴聞の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省令第 140 条の 62 の 3 第 2 項第 4 号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。
- (10) 申請者が、法第 115 条の 45 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法第 115 条の 45 の 9 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町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。）までの間に省令第 140 条の 62 の 3 第 2 項第 4 号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。
- (11) 第 9 号に規定する期間内に省令第 140 条の 62 の 3 第 2 項第 4 号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、第 9 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。

- (12) 申請者が、指定申請前5年以内に居宅サービス等又は事業に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- (13) 申請者の役員等のうちに第4号から第7号まで又は第9号から前号までのいづれかに該当する者のあるものであるとき。
- (14) 前各号に掲げるもののほか、町長が地域支援事業の円滑かつ適切な実施に支障が生ずると認めるとき。

(指定等の更新の申請等)

第6条 法第115条の45の6の指定の更新に関する申請は、6年以内で町長が指定する期間ごとにその更新を受けなければ、その期間の経過によって、その効力を失う。

- 2 指定の更新は、笠松町介護予防・日常生活支援総合事業指定更新申請書（様式第4号）により行うものとする。
- 3 町長は、前各号の規定により提出された申請書の内容が、指定基準を満たしていないことと判断したときは、笠松町介護予防・日常生活支援総合事業指定更新通知書（第5号様式）により、指定の更新を行わないときは、笠松町介護予防・日常生活支援総合事業指定更新申請却下通知書（第6号様式）当該申請者にその旨通知する。

(変更の届出)

第7条 指定事業者は、省令第140条の63の5第1項で定める事項に変更があったときは、10日以内に笠松町介護予防・日常生活支援総合事業変更届出書（第7号様式）により、町長に届け出なければならない。

- 2 指定事業者は、当該事業の廃止、又は休止しようとするときは、その廃止又は休止の1月前までに、笠松町介護予防・日常生活支援総合事業廃止・休止届出書（様式第8号）により、町長に届け出なければならない。
- 3 指定事業者は、休止した事業を再開したときは、再開の10日以内に、笠松町介護予防・日常生活支援総合事業再開届出書（様式第8号の2）により、町長に届け出なければならない。
- 4 休止期間は最大6ヶ月とする。

(加算・減算の届出)

第8条 実施要綱第9条第1項に規定する介護報酬における加算・減算は、笠松町介護予防・日常生活支援総合事業支給費算定に係る体制等に関する届出書（第9

号様式) により届出を行うものとする。

2 前項の届出は、月の 15 日までの場合は翌月、16 日以降の場合は翌々月からの算定とする。

(添付書類)

第 9 条 第 3 条、第 4 条及び第 6 条から第前条に規定する申請書、届出書は、付表及びその他必要な書類を添付する。

(事業者情報の提供)

第 10 条 町長は、第 3 条の申請に係る指定を行ったとき、第 6 条の申請に係る更新を行ったとき又は、第 7 条若しくは第 8 条の届出があったときは、岐阜県知事、岐阜県国民健康保険団体連合会その他の機関に対して、事業者に関する情報のうち、次に掲げる事項を提供することができる。

- (1) 事業所の名称及び所在地
- (2) 申請者又は届出者の氏名又は名称及び主たる事業所の所在並びに法人にあっては代表者の氏名及び住所
- (3) 指定又は更新の年月日並びに指定の有効期間満了日
- (4) 変更、廃止、休止、再開の年月日
- (5) 事業開始年月日
- (6) 運営規定
- (7) 事業所番号
- (8) その他、町長が必要と認める事項

(報告等)

第 11 条 町長は、第 1 号事業支給費の支給に関して必要があると認められるときは、法第 115 条の 45 の 7 の規定による報告を求めることができる。

(勧告、命令、公表等)

第 12 条 町長は、指定事業者が法及び施行規則その他町が定める基準等に従って第 1 号事業を行っていないと認めるときは、法第 115 条の 45 の 8 の規定による勧告、命令、公表等を行うことができるものとする。

2 町長は、前項の規定による命令をした場合においては、その旨を公示しなければならない。

(指定事業者の指定の取消し等)

第 13 条 町長は、法第 115 条の 45 の 9 の規定により、指定事業者の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定事業者の指定の全部若しくは一部の効力を停

止したときは、指定取消（効力停止）通知書（様式第10号）により当該指定事業者に通知するものとする。

（指導及び監査）

第14条 町長は、介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の適切な実施の確保のため、総合事業を実施する者に対して指導及び監査を行うことができる。

（その他）

第15条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

1 この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

（準備行為）

2 この要綱に定める指定に関する手続きについては、この要綱の施行日前においても行うことができる。

附 則

この要綱は、令和4年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年2月1日から施行する。

様式第1号(第3条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所

笠松町介護予防・日常生活支援総合事業指定申請書

年 月 日

(あて先) 笠松町長

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

備考

- 1 「指定申請対象事業等」「既に指定（登録）を受けている事業等」欄は、該当する欄に「〇」を記入してください。

2 法人等の種類は、「社会福祉法人（社協以外）」「社会福祉法人（社協）」「医療法人」「社団・財団」「當利法人」「非當利法人（NPO）」「農協」「生協」「その他法人」「地方公共団体（都道府県）」「地方公共団体（市町村）」「地方公共団体（広域連合・一部事務組合等）」「非法人」「その他」のいずれかを記入してください。

3 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要があります。また、申請者欄の所在地情報は、基本登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。

笠松町介護予防・日常生活支援総合事業指定通知書

第 号
年 月 日

様

笠松町長

介護保険法第115条の45の5第1項の規定に基づき、次のとおり笠松町介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者として指定しましたので、通知します。

申請者	
代表者	
サービス種類	
事業所名称	
事業所所在地	
介護保険事業所番号	
指定年月日	
指定有効期限	
特記事項	

笠松町介護予防・日常生活支援総合事業指定申請却下通知書

号

年 月

日

様

笠松町長

年 月 日付けで申請のあった事業者に係る指定については、介護保険法第115条の45の5第2項の規定により、指定をすることができませんので、申請を却下します。

記

却下理由

教示

- 1 この処分に不服があるときは、この処分の通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、書面で笠松町長に対して審査請求をすることができます。なお、この処分があつたことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
- 2 上記1の審査請求に対する裁決を経た場合に限り、当該審査請求に対する裁決があつたことを知った日の翌日から起算して6か月以内に笠松町を被告として（笠松町長が被告の代表者となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます。
ただし、次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
(1) 審査請求があつた日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。
(2) 処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
(3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

連絡先

笠松町介護予防・日常生活支援総合事業指定更新申請書

年 月 日

(あて先) 笠松町長 所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申 請 者	フリガナ								
	名称								
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 都道府県 市区町村							
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号					
	代表者の職名・氏名・生年月日	Email							
代表者の住所	フリガナ	生年月日							
職名	氏名								
(郵便番号 -) 都道府県 市区町村									
事 業 所	事業等の種類	介護保険事業所番号							
	指定有効期間満了日								
	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -) 都道府県 市区町村							
当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき									
フリガナ									
名称									
主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 都道府県 市区町村								
フリガナ	生年月日								
氏名									
管理者	(郵便番号 -) 都道府県 市区町村								
住所									

- 備考 1 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本 登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。
 2 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。
 3 「当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき」の対象が2つ以上 の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

笠松町介護予防・日常生活支援総合事業指定更新通知書

号
年 月 日

様

笠松町長

介護保険法第115条の45の5第1項の規定に基づき、次のとおり笠松町介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者として指定更新しましたので、通知します。

申請者	
代表者	
サービス種類	
事業所名称	
事業所所在地	
介護保険事業所番号	
指定年月日	
指定有効期限	
特記事項	

笠松町介護予防・日常生活支援総合事業指定更新申請却下通知書

号

年 月 日

様

笠松町長

年 月 日付けで申請のあった事業者に係る指定については、介護保険法第115条の45の6第4項の規定により準用する同法第115条の45の5第2項の規定により、指定の更新をできませんので申請を却下します。

記

却下理由

教示

- この処分に不服があるときは、この処分の通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、書面で笠松町長に対して審査請求することができます。なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
- 上記1の審査請求に対する裁決を経た場合に限り、当該審査請求に対する裁決があつたことを知った日の翌日から起算して6か月以内に笠松町を被告として（笠松町長が被告の代表者となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます。
ただし、次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
 - 審査請求があつた日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

連絡先

笠松町介護予防・日常生活支援総合事業変更届出書

年 月 日

(あて先) 笠松町長

所在地

申請者

名称

代表者職名・氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

指定内容を変更した事業所等		介護保険事業所番号	□□□□□□□□□□□□□□□□□□
		名称	
		所在地	
サービスの種類			
変更年月日		年 月 日	
変更があった事項(該当に○)		変更の内容	
事業所の名称	(変更前)		
事業所の所在地			
申請者の名称			
主たる事務所の所在地			
法人等の種類			
代表者の氏名、生年月日及び住所			
登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)			
事業所の建物の構造及び平面図並びに設備の概要	(変更後)		
利用者の推定数、利用者の定員			
事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所			
サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴			
運営規程			
その他			

- 備考 1「(参考)変更届への標準添付書類一覧」を確認し、必要書類を添付してください。
- 2 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 3「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。
- なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の(変更前)と(変更後)欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

様式第8号(第7条関係)

笠松町介護予防・日常生活支援総合事業廃止・休止届出書

年 月 日

(あて先) 笠松町長

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

介護保険事業所番号	
廃止(休止)する事業所	名称
	所在地
サービスの種類	
廃止・休止の別	廃止 · 休止
廃止・休止する年月日	年 月 日
廃止・休止する理由	
現にサービスを 受けている者に対する措置	
休止予定期間	休止日 ~ 年 月 日

備考 廃止又は休止する日の1か月前までに届け出でください。

様式第8号の2(第7条関係)

笠松町介護予防・日常生活支援総合事業再開届出書

年 月 日

(あて先) 笠松町長

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号	（10桁）	
再開した事業所	名称		
サービスの種類	所在地		
再開した年月日	年	月	日

備考 事業の再開に係る届出にあっては、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1-1又は1-2)を添付してください。

受付番号

笠松町介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

年 月 日

(あて先) 笠松町長

所在地

名 称

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号							
届出者	フリガナ 名 称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 県 群市) (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	法人の種別			法人所轄庁			
	代表者の職・氏名	職名				氏名	
	代表者の住所	(郵便番号 県 群市)					
事業所・施設の状況	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 県 群市)					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地	(郵便番号 県 群市)					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	管理者の氏名	(郵便番号 県 群市)					
	管理者の住所	(郵便番号 県 群市)					
届出を行う事業所・施設の種類	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(許可)年月日	異動等の区分		異動(予定)年月日	異動項目(※変更の場合)
	訪問型サービス(独自)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	訪問型サービス(独自・定率)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	訪問型サービス(独自・定額)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	通所型サービス(独自)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	通所型サービス(独自・定率)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	通所型サービス(独自・定額)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
介護保険事業所番号							
特記事項	変更前				変更後		
関係書類 別添のとおり							

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字の横の□
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1-4)「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
- 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

笠松町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者取消し（効力停止）通知書

号
年 月 日

様

笠松町長

年 月 日付け 第 号で指定した事業者について、介護保険法第115条の45の9規定により、次のとおり指取消し（効力停止）しましたので通知します。

サービス種類	
事業所名称	
事業所所在地	
介護保険事業所番号	
指定取消し (効力停止) 年月日	指定取消し（効力停止）日 年 月 日
効力停止期間	効力停止期間 年 月 日 ~ 年 月 日
取消し（効力停止） 理由	

教示

- 1 この処分に不服があるときは、この処分の通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、書面で笠松町長に対して審査請求をすることができます。なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
- 2 上記1の審査請求に対する裁決を経た場合に限り、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に笠松町を被告として（笠松町長が被告の代表者となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます。
ただし、次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
 - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。
 - (2) 処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

連絡先

付表1 訪問型サービス事業所の指定に係る記載事項

サービス種類(該当に○)		介護予防訪問介護相当サービス		緩和した基準による訪問型サービス		定率	
						定額	
事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 -) 都道 府県 市区 町村					
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号		
	Email						
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)		
	氏名						
	生年月日						
	訪問介護員等との兼務の有無				<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称						
	兼務する職種 及び勤務時間等						
○人員に関する基準の確認に必要な事項							
従業者の職種・員数		訪問介護員等					
		専従		兼務			
		常勤(人)					
		非常勤(人)					
		常勤換算後の人数(人)					
利用者の推定数(人)							
サービス提供 責任者 ※介護予防訪問介護相 当サービス該当時	フリガナ			住所	(郵便番号 -)		
	氏名						
フリガナ			住所	(郵便番号 -)			
	氏名						
添付書類	別添のとおり						

(訪問型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 -) 都道 府県 市区 町村					
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号		
	Email						

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 3 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

(別添)

付表1 訪問型サービス事業所の指定に係る記載事項 添付書類・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(□を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	サービス提供責任者の経歴 ※介護予防訪問介護相当		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	誓約書	参考様式5	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類(指定権者が不要と認めた書類を除く)を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。

添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。

届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

※3 3「サービス提供責任者の経歴」は、次の書類に代えることが可能です(通知「指定訪問介護事業者の指定申請等におけるサービス提供責任者の経歴に係る提出書類の取扱いについて」(平成20年7月29日老振発第0729002号))。

(1)介護福祉士の場合、「介護福祉士登録証」

(2)介護職員基礎研修課程修了者及び訪問介護に関する1級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」

(3)訪問介護に関する2級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」及び「3年以上介護等の業務に従事したことがわかる書類」

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電話	
メールアドレス	

(参考)付表1 訪問型サービス事業所の指定に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供責任者

サービス提供責任者 ※介護予防訪問介護相 当サービス該当時	フリガナ		住所	(郵便番号	-)
	氏名					
	フリガナ		住所	(郵便番号	-)
	氏名					
	フリガナ		住所	(郵便番号	-)
	氏名					
	フリガナ		住所	(郵便番号	-)
	氏名					

(訪問型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所

事 業 所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号	-)	都道府県	市区町村
連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号		
	Email					

付表2 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項

サービス種類(該当に○)		介護予防通所介護相当サービス		緩和した基準による通所型サービス				定率		
								定額		
事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -) 都道府県 市区町村								
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号					
管理者	フリガナ	住所		(郵便番号 -)						
	氏名									
	生年月日									
	当該通所介護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 (兼務の場合記入)	名称								
	兼務する職種 及び勤務時間等									
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
食堂及び機能訓練室の合計面積			m ²	利用定員(同時利用)				人		
○人員に関する基準の確認に必要な事項										
サービス提供単位1	従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤(人)									
	非常勤(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
サービス提供単位2	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他(年末年始休日等)									
	営業時間		:	~	:					
	曜日ごと	平日	:	~	:					
	に異なる場合記入	土曜日	:	~	:					
サービス提供時間		:	~	:						
利用定員 人										
○人員に関する基準の確認に必要な事項										
サービス提供単位3	従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤(人)									
	非常勤(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
サービス提供単位3	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他(年末年始休日等)									
	営業時間		:	~	:					
	曜日ごと	平日	:	~	:					
	に異なる場合記入	土曜日	:	~	:					
サービス提供時間		:	~	:						
利用定員 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										
生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員				
専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
常勤(人)										
非常勤(人)										
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
その他(年末年始休日等)										
営業時間		:	~	:						
曜日ごと	平日	:	~	:						
に異なる場合記入	土曜日	:	~	:						
サービス提供時間		:	~	:						
利用定員 人										
添付書類 別添のとおり										

(通所型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事 業 所	フリガナ								
	名 称								
	所在地	(郵便番号 -)		都 道	市 区				
		府 縣	町 村						
連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号				
	Email								
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積		m ²		利用定員(同時利用)			人		
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
サ ー ビ ス 提 供 単 位 1	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間		:	~	:				
曜日ごと に 異なる場 合記入	平日	:	~	:					
	土曜日	:	~	:					
	日曜日・祝 日	:	~	:					
	サービス提供時間		:	~	:				
利用定員		人							
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
サ ー ビ ス 提 供 単 位 2	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間		:	~	:				
曜日ごと に 異なる場 合記入	平日	:	~	:					
	土曜日	:	~	:					
	日曜日・祝 日	:	~	:					
	サービス提供時間		:	~	:				
利用定員		人							
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
サ ー ビ ス 提 供 単 位 3	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間		:	~	:				
曜日ごと に 異なる場 合記入	平日	:	~	:					
	土曜日	:	~	:					
	日曜日・祝 日	:	~	:					
	サービス提供時間		:	~	:				
利用定員		人							
添付書類		平面図							

- 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 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
 4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
 5 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

(別添)

付表2 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項 添付書類・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(□を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	設備等一覧表	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	利用者からの苦情を処理するため講ずる措置の概要	参考様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	誓約書	参考様式5	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類(指定権者が不要と認めた書類を除く)を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。

添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。

届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電話	
メールアドレス	

(参考)付表2 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

サービス提供単位 4		○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		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
		常勤(人)									
		非常勤(人)									
		○設備に関する基準の確認に必要な事項									
		営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
				その他(年末年始休日等)							
		営業時間		:	~	:					
		曜日ごと	平日	:	~	:					
に	土曜日	:	~	:							
異なる場	日曜日・祝	:	~	:							
合記入	日										
サービス提供時間		:	~	:							
利用定員		人									
サービス提供単位 5		○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		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
		常勤(人)									
		非常勤(人)									
		○設備に関する基準の確認に必要な事項									
		営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
				その他(年末年始休日等)							
		営業時間		:	~	:					
		曜日ごと	平日	:	~	:					
に	土曜日	:	~	:							
異なる場	日曜日・祝	:	~	:							
合記入	日										
サービス提供時間		:	~	:							
利用定員		人									

(通所型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

事業所		フリガナ											
		名称											
		所在地		(郵便番号 -) 都道府県 市区町村									
				連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号					
		○設備に関する基準の確認に必要な事項											
		食堂及び機能訓練室の合計面積		m ²	利用定員(同時利用)			人					
		サービス提供単位 4		○設備に関する基準の確認に必要な事項									
				営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
						その他(年末年始休日等)							
				営業時間		:	~	:					
曜日ごと	平日			:	~	:							
に	土曜日			:	~	:							
異なる場	日曜日・祝			:	~	:							
合記入	日												
サービス提供時間				:	~	:							
利用定員				人									
サービス提供単位 5		○設備に関する基準の確認に必要な事項											
		営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
				その他(年末年始休日等)									
		営業時間		:	~	:							
		曜日ごと	平日	:	~	:							
		に	土曜日	:	~	:							
		異なる場	日曜日・祝	:	~	:							
		合記入	日										
		サービス提供時間		:	~	:							
		利用定員		人									