

登別市介護予防・日常生活支援総合事業  
指定第1号訪問事業訪問介護事業者  
指定第1号通所事業通所介護事業者  
指定第1号訪問事業訪問型サービスA事業者  
指定第1号通所事業通所型サービスA事業者

## 指定手続手引書

令和4年10月

北海道登別市保健福祉部高齢・介護グループ

## 第1章 指定手続の概要

### 1 指定事務担当窓口

- ・登別市保健福祉部高齢・介護グループ

### 2 指定の流れ

#### (1) 事前相談

受付時期	相談は随時受け付けます。(開庁日の9:00~17:30) 窓口で相談する際は、事前に電話で来庁日を連絡願います。
------	---

#### (2) 申請書の受付

受付時期	申請は随時受け付けます。(開庁日の9:00~17:30)
申請書提出方法	窓口提出又は郵送により提出してください。 提出前に必ず事前に相談してください。 また、窓口へ提出する際には、事前に電話で来庁日を連絡願います。 郵送により提出する場合は、簡易書留としてください。
申請手数料	無料

#### (3) 指定

審査	申請書の記載内容に不備があった場合等は、電話等での確認の上、書類の再提出を求める場合があります。
指定	審査の結果、指定要件を満たすものと判断された場合に指定します。 指定した場合は、申請者あてに指定した旨が通知されます。 申請書の提出(申請書が完備した状態)から指定までの標準的な期間は14日前後です。

### 3 指定後の手続

#### (1) 事業者番号

- ・事業者番号は、当該事業者の指定を行った旨と併せて通知します。

#### (2) 介護給付費等の請求の届出

介護保険サービス事業所は、介護給付費等の請求をする場合には、請求方法や受領する振込先口座名等をあらかじめ北海道国民健康保険団体連合会に届け出ることとなっています。

届出先	北海道国民健康保険団体連合会総務部介護保険課 〒060-0062 札幌市中央区南2条西14丁目 電話：011-231-5161 FAX：011-233-2178
届出事項	請求方法(請求媒体) 振込先口座名等
届出の様式	指定のあった月の翌月に北海道国民健康保険団体連合会から送付されます。

※介護給付費の請求についての詳細は、上記の北海道国民健康保険団体連合会にお問い合わせください。

### (3) 変更等の届出

区分	事由
変更届出	事業所の名称や運営規程等が変更となった場合
廃止（休止、再開）届出	事業を廃止、休止、再開する場合

注1 変更届出、再開届出は、事由が生じてから10日以内に届出を行うこととされていますが、適正な事業運営を確保する観点から、事前に相談してください。

注2 廃止届出、休止届出は、事業を廃止・休止する日の1月前までに担当窓口へ提出してください。

### (4) 指定の更新

指定の効力には、6年間の有効期間が設けられています。

6年毎に、指定の更新を受けなければ、指定の効力を失います。

基準に従って適切な事業の運営がされない場合や、過去に同一のサービスで指定の取消処分を受けた場合には、指定の更新が受けられないことがあります。

更新の欠格事由は、指定の欠格事由と同様です。

## 第2章 関係様式

### 1 指定申請

登別市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する規則における別記様式第1号（登別市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者（第1号訪問事業訪問介護・第1号通所事業通所介護・第1号訪問事業緩和サービス・第1号通所事業緩和サービス）指定申請書）の他、次の書類を添付し提出してください。

#### (1) 第1号訪問事業訪問介護

書類名	
付表 1-1	第1号訪問事業訪問介護事業所の指定に係る記載事項
付表 1-2	第1号訪問事業訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項
別添 1	指定（許可）申請に係る添付書類一覧
参考様式 1	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（第1号訪問事業用）
参考様式 2	サービス提供責任者の氏名、住所及び経歴
参考様式 3	事業所の平面図
参考様式 4	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
参考様式 5	誓約書
参考様式 6	雇用証明書（雇用確約証明書）
任意様式	申請者の登記事項証明書等
任意様式	運営規程
任意様式	資格を証明する書類

#### (2) 第1号通所事業通所介護

書類名	
付表 2-1	第1号通所事業通所介護事業所の指定に係る記載事項
付表 2-2	第1号通所事業通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項
別添 2	指定（許可）申請に係る添付書類一覧
参考様式 1	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（第1号通所事業用）
参考様式 3	事業所の平面図（設備概要を含む）
参考様式 4	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
参考様式 5	誓約書
参考様式 6	雇用証明書（雇用確約証明書）
参考様式 7	設備・備品等一覧表
参考様式 8	サービス提供実施単位一覧表
任意様式	申請者の登記事項証明書等
任意様式	運営規程
任意様式	資格を証する書類
任意様式	建築基準法・消防法の検査済証等

(3) 第1号訪問事業訪問型サービスA

書類名	
付表 3-1	第1号訪問事業訪問型サービスA事業所の指定に係る記載事項
付表 3-2	第1号訪問事業訪問型サービスA事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項
別添 3	指定（許可）申請に係る添付書類一覧
参考様式 1	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（第1号訪問事業用）
参考様式 2	訪問事業責任者の氏名、住所及び経歴
参考様式 3	事業所の平面図
参考様式 4	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
参考様式 5	誓約書
参考様式 6	雇用証明書（雇用確約証明書）
任意様式	申請者の登記事項証明書等
任意様式	運営規程
任意様式	資格を証明する書類

(4) 第1号通所事業通所型サービスA

書類名	
付表 4-1	第1号通所事業通所型サービスA事業所の指定に係る記載事項
付表 4-2	第1号通所事業通所型サービスA事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項
別添 4	指定（許可）申請に係る添付書類一覧
参考様式 1	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（第1号通所事業用）
参考様式 3	事業所の平面図（設備概要を含む）
参考様式 4	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
参考様式 5	誓約書
参考様式 6	雇用証明書（雇用確約証明書）
参考様式 7	設備・備品等一覧表
参考様式 8	サービス提供実施単位一覧表
任意様式	申請者の登記事項証明書等
任意様式	運営規程
任意様式	資格を証する書類
任意様式	建築基準法・消防法の検査済証等

## 2 更新申請

登別市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する規則における別記様式第2号（登別市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者（第1号訪問事業訪問介護・第1号通所事業通所介護・第1号訪問事業緩和サービス・第1号通所事業緩和サービス）指定更新申請書）の他、次の書類を添付し提出してください。

### (1) 第1号訪問事業訪問介護

書類名	
付表 1-1	第1号訪問事業訪問介護事業所の指定に係る記載事項
付表 1-2	第1号訪問事業訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項
別添 1	指定（許可）申請に係る添付書類一覧
参考様式 1	従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（第1号訪問事業用）
参考様式 2	サービス提供責任者の氏名、住所及び経歴 ※注 1
参考様式 3	事業所の平面図 ※注 1
参考様式 4	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
参考様式 5	誓約書
参考様式 6	雇用証明書
任意様式	申請者の登記事項証明書等 ※注 1
任意様式	運営規程 ※注 1
任意様式	資格を証する書類

### (2) 第1号通所事業通所介護

書類名	
付表 2-1	第1号通所事業通所介護事業所の指定に係る記載事項
付表 2-2	第1号通所事業通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項
別添 2	指定（許可）申請に係る添付書類一覧
参考様式 1	従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（第1号通所事業用）
参考様式 3	事業所の平面図（設備概要を含む） ※注 1
参考様式 4	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
参考様式 5	誓約書
参考様式 6	雇用証明書
参考様式 7	設備・備品等一覧表 ※注 1
参考様式 8	サービス提供実施単位一覧表
任意様式	申請者の登記事項証明書等 ※注 1
任意様式	運営規程 ※注 1
任意様式	資格を証する書類
任意様式	建築基準法・消防法の検査済証等

(3) 第1号訪問事業訪問型サービスA

書類名	
付表 3-1	第1号訪問事業訪問型サービスA事業所の指定に係る記載事項
付表 3-2	第1号訪問事業訪問型サービスA事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項
別添 3	指定（許可）申請に係る添付書類一覧
参考様式 1	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（第1号訪問事業用）
参考様式 2	訪問事業責任者の氏名、住所及び経歴 ※注1
参考様式 3	事業所の平面図 ※注1
参考様式 4	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
参考様式 5	誓約書
参考様式 6	雇用証明書
任意様式	申請者の登記事項証明書等 ※注1
任意様式	運営規程 ※注1
任意様式	資格を証する書類

(4) 第1号通所事業通所型サービスA

書類名	
付表 4-1	第1号通所事業通所型サービスA事業所の指定に係る記載事項
付表 4-2	第1号通所事業通所型サービスA事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項
別添 4	指定（許可）申請に係る添付書類一覧
参考様式 1	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（第1号通所事業用）
参考様式 3	事業所の平面図（設備概要を含む） ※注1
参考様式 4	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
参考様式 5	誓約書
参考様式 6	雇用証明書
参考様式 7	設備・備品等一覧表 ※注1
参考様式 8	サービス提供実施単位一覧表
任意様式	申請者の登記事項証明書等 ※注1
任意様式	運営規程 ※注1
任意様式	資格を証する書類
任意様式	建築基準法・消防法の検査済証等

- ※ 注1については、変更届出済みのもの及び開設許可事項の変更を申請し既に許可を得たものから、現在変更がない場合は省略ができるものとします。
- ※ 指定更新申請と同時期に変更届出事由が生じた場合、併せて変更届出書を提出してください。この場合、指定更新申請書は変更届出書による変更後の内容で作成してください。

### 3 変更届出書等

#### (1) 変更届出書

次の届出事項に変更がある場合は、登別市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する規則における別記様式第3号（登別市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者（第1号訪問事業訪問介護・第1号通所事業通所介護・第1号訪問事業訪問型サービスA・第1号通所事業通所型サービスA）変更届出書）と併せて添付書類を提出してください。

	届出事項	添付書類
1	事業所の名称	・任意様式（運営規程）
2	事業所の所在地	<ul style="list-style-type: none"> <li>・任意様式（運営規程）</li> <li>・参考様式3（事業所の平面図）</li> <li>※事業実施に必要な特定の区画（相談室、食堂、機能訓練室、事務室等）を表記するとともに、面積要件を要するサービスの場合は、各区画の面積（有効床面積）及び寸法を記載すること。</li> <li>※変更に係る建物外観、入口、事業実施に必要な区画及び設備の写真（A4用紙に貼付の上、用途・設備名等を記載。カラーコピー、デジカメ可）</li> <li>※変更に際して、建築基準法、消防法等関係法令に適合していること。</li> <li>※建物が法人所有の場合、土地、建物の不動産登記簿謄本（写）（事業所住所と登記の番地が異なる場合は、住所がわかるもの（公的郵便物（写）等を添付）</li> <li>※建物を賃貸している場合、賃貸借契約書（写）（使用目的が、事業を実施できる内容であること。「住居」の場合は不可）</li> </ul>
3	主たる事務所の所在地	・任意様式（申請者の登記事項証明書等）の登記事項証明書等（写）
4	代表者の氏名、生年月日及び、住所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・任意様式（申請者の登記事項証明書等）の登記事項証明書等（写）</li> <li>・参考様式5（誓約書）</li> </ul>
5	登記事項証明書・条例等（当該指定に関することに限る）	・任意様式（申請者の登記事項証明書等）
6	事業所の建物の構造、専用区画等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・参考様式3（事業所の平面図）</li> <li>※事業実施に必要な特定の区画（相談室、食堂、機能訓練室、事務室等）を表記するとともに、面積要件を要するサービスの場合は、各区画の面積（有効床面積）及び寸法を記載すること。</li> <li>※変更に係る建物外観、入口、事業実施に必要な区画及び設備の写真（A4用紙に貼付の上、用途・設備名等を記載。カラーコピー、デジカメ可）</li> <li>※変更に際して、建築基準法、消防法等関係法令に適合していること。</li> </ul>



7	事業所の管理者氏名、生年月日及び住所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・参考様式1（従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表）</li> <li>・参考様式5（誓約書）</li> </ul>
8	サービス提供責任者（訪問事業責任者）の氏名及び住所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・様式2（サービス提供責任者又は訪問事業責任者の氏名、住所及び経歴）</li> <li>※サービス提供責任者又は訪問事業責任者の資格証（写）を添付すること。</li> <li>・参考様式1（従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表）</li> <li>※サービス提供責任者又は訪問事業責任者の員数が増加の場合は、運営規程の変更も伴うので注意。</li> <li>※氏名、住所の変更の場合は、参考様式1（従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表）の提出は不要。</li> </ul>
9	運営規程	<ul style="list-style-type: none"> <li>・任意様式（運営規程）</li> <li>※運営規程のうち「従業者（又は職員）の職種、員数及び職務の内容」に関する変更届出書は、1年に一度の届出で足りることとしています。（具体的には、4月1日現在の従業員の員数が、直近の変更届出もしくは新規申請の員数から変更があった場合に、変更届出書を提出してください。）</li> <li>※職員の員数が増加の場合は、任意様式（運営規程）の他に、参考様式1（従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表）を添付。</li> <li>※利用定員が増加の場合は、参考様式1（従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表）を添付。</li> </ul>

### 第3章 事業費の算定に係る届出

「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準、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、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について(平成12年3月8日老企第41号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)」に規定される届出をすることとし、加算の内容により該当する提出書類及び添付書類を届け出てください。

また、介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算については、「介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について(令和3年3月16日老発0316第4号厚生労働省老健局長通知)」に規定される届出をすること。

#### 1 第1号訪問事業訪問介護

	届出書	提出書類
別紙19	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	—
別紙1-4 別紙20	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	左記の様式中、 ①割引がある場合「介護予防・日常生活支援総合事業による事業費の割引に係る割引率の設定について」を提出すること。 ②サテライト事業所がある場合、サテライト事業所分について別葉で提出すること。

	加算の内容	提出書類
別紙様式 2-1、2-2、 2-3、3-1、 3-2、4 ※1	介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算	①介護職員処遇改善計画書・介護職員等特定処遇改善計画書 ②介護職員処遇改善計画書(施設・事業所別個表) ③介護職員等特定処遇改善計画書(施設・事業所別個表) ④介護職員処遇改善実績報告書・介護職員等特定処遇改善実績報告書 ⑤介護職員処遇改善実績報告書・介護職員等特定処遇改善実績報告書(施設・事業所別個表) ⑥特別な事情に係る届出書

※1 「介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について(令和3年3月16日老発0316第4号厚生労働省老健局長通知)」の別紙様式

## 2 第1号通所事業通所介護

	届出書	提出書類
別紙 19	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	—

	届出書	提出書類
別紙 1-4 別紙 20	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	左記の様式中、 ①割引がある場合「介護予防・日常生活支援総合事業による事業費の割引に係る割引率の設定について」を提出すること。 ②サテライト事業所がある場合、サテライト事業所分について別葉で提出すること。

	加算の内容	提出書類
参考様式 1	職員の欠員による減算	・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表
参考様式 1	運動器機能向上加算	・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表
参考様式 1	栄養改善加算	・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表
参考様式 1	口腔機能向上加算	・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表
参考様式 1	選択的サービス複数実施加算	・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表
別紙 21 参考様式 1	サービス提供体制強化加算	・サービス提供体制強化加算に関する届出書 ・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表
任意様式	生活機能向上連携加算	・訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設との連携体制が確認できる契約書（協定を含む）等の写し
参考様式 1	生活機能向上連携加算	・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表
別紙様式 2-1、2-2、 2-3、3-1、 3-2、4 ※1	介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算	①介護職員処遇改善計画書・介護職員等特定処遇改善計画書 ②介護職員処遇改善計画書（施設・事業所別個表） ③介護職員等特定処遇改善計画書（施設・事業所別個表） ④介護職員処遇改善実績報告書・介護職員等特定処遇改善実績報告書 ⑤介護職員処遇改善実績報告書・介護職員等特定処遇改善実績報告書（施設・事業所別個表） ⑥特別な事情に係る届出書

※1 「介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について（令和3年3月16日老発0316第4号厚生労働省老健局長通知）の別紙様式

### 3 第1号通所事業通所型サービスA

	届出書	提出書類
別紙 19	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	—
別紙 1-4 別紙 20	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	左記の様式中、 ①割引がある場合「介護予防・日常生活支援総合事業者による事業費の割引に係る割引率の設定について」を提出すること。 ②サテライト事業所がある場合、サテライト事業所分について別葉で提出すること。

	加算の内容	提出書類
参考様式 1	職員の欠員による減算	・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表
参考様式 1	運動器機能向上加算	・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表
参考様式 1	栄養改善加算	・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表
参考様式 1	口腔機能向上加算	・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表
参考様式 1	選択的サービス複数実施加算	・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表
別紙 22 参考様式 1	サービス提供体制強化加算	・サービス提供体制強化加算に関する届出書 ・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表
任意様式	生活機能向上連携加算	・訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設との連携体制が確認できる契約書（協定を含む）等の写し

## 第4章 申請書類の作成方法

### 1 編纂方法等

- (1) 「指定申請書」、「付表」、「別添」及び「添付書類」は、一括してフラットファイルに綴ってください。

フラットファイル規格	A4版 (A4-S)	2穴
------------	------------	----

- (2) 編纂の順番

「指定申請書」、「付表」、「別添」、「添付書類」の順に綴ってください。

同一敷地内において行う複数の事業を一括して申請する場合は、1の事業所に係る「付表」、「別添」、「添付書類」を綴った後に、2の事業に係る「付表」、「別添」、「添付書類」を綴ってください。

- (3) 提出部数

1部提出してください。(申請者保管用として、副本を作成の上保管してください。)

付表 1-1 第 1 号訪問事業訪問介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

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		
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 - )		
	氏名					
	生年月日					
	訪問介護員等との業務の有無		(有・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	-----			
サービス提供責任者	フリガナ		住所	(郵便番号 - )		
	氏名					
	フリガナ		住所	(郵便番号 - )		
	氏名					
	利用者の推定数		人			
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)						
基準上の必要人数 (人)						
適合の可否						
主な揭示事項	営業日					
	営業時間					
	利用料	法定代理受領分 (一割負担分)				
		法定代理受領分以外				
	その他の費用					
通常の事業実施地域						
添付書類	別添のとおり					

<記載上の注意事項>

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 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。
- 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

付表 1-2 第 1 号訪問事業訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号

一部実施事業所	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 - )		
	連絡先	電話番号		FAX 番号
従業者の職種員数		専 従	兼 務	
	常勤 (人)			
	非常勤 (人)			
主な揭示事項	営業日			
	営業時間			
	利用料	法定代理受領分 (一割負担分)		
		法定代理受領分以外		
	その他の費用			
通常の事業実施地域				
添付書類	別添のとおり			

<記載上の注意事項>

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 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。
- 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

主たる事業所・施設の名称

番号	添付書類	申請する項目 (第1号訪問事業 訪問介護)	備考
1	申請者の登記事項証明書等		
2	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表		
3	サービス提供責任者の経歴		
4	事業所の平面図		
5	運営規程		
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		
7	当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行うときの名称・所在地		
8	誓約書		
9	資格を証する書類		
10	雇用証明書（雇用確約証明書）		

## ＜記載上の注意事項＞

- 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。
- 3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表 2-1 第 1 号通所事業通所介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

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			
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 (兼務の場合のみ記入)	名称			兼務する職種 及び勤務時間等	-----			
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)								
	基準上の必要人数 (人)								
	適合の可否								
食堂及び機能訓練室の合計面積						基準上の必要数値		適合の可否	
						㎡		㎡以上	
主な 揭示 事項	営業日	単位ごとの営業日							
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間 (送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : )							
	利用定員	人 (単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人)							
	利用料	法定代理受領分 (一割負担分)							
		法定代理受領分以外							
	その他の費用								
通常の事業実施地域									
添付書類	別添のとおり								

<記載上の注意事項>

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 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。
- 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 本事業所内で複数の単位を実施する場合は、2 単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職員・員数については、別様に記載し添付してください。
- 5 出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。



付表 2-2 第 1 号通所事業通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号

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			
単位別従業者の職種・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)								
	基準上の必要人数 (人)								
	適合の可否								
	食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積			基準上の必要数値			適合の可否		
	m <sup>2</sup>			m <sup>2</sup> 以上					
揭示事項	営業日	単位ごとの営業日							
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : )							
	利用定員	人 (単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人)							
	添付書類	平面図							

<記載上の注意事項>

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 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。
- 3 一のローテーションにおいて、事業所を複数有するときは、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。

主たる事業所・施設の名称

番号	添付書類	申請する事項 (第1号通所事業通所介護)	備考
1	申請者の登記事項証明書等		
2	従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表		
3	事業所の平面図（設備概要を含む）		
4	設備・備品等一覧表		
5	運営規程		
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		
7	サービス提供実施単位一覧表		
8	当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行うときの名称・所在地		
9	誓約書		
10	資格を証する書類		
11	雇用証明書（雇用確約証明書）		
12	建築基準法・消防法の検査済証等		

## ＜記載上の注意事項＞

- 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。
- 3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表 3-1 第 1 号訪問事業訪問型サービス A 事業所の指定に係る記載事項

受付番号

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		
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 - )		
	氏名					
	生年月日					
	従事者との業務の有無		(有・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	-----			
訪問事業責任者	フリガナ		住所	(郵便番号 - )		
	氏名					
	フリガナ		住所	(郵便番号 - )		
	氏名					
	利用者の推定数		人			
従業者の職種・員数		従事者				
		専従	兼務			
常勤 (人)						
非常勤 (人)						
常勤換算後の人数 (人)						
基準上の必要人数 (人)						
適合の可否						
主な揭示事項	営業日					
	営業時間					
	利用料	法定代理受領分 (一割負担分)				
		法定代理受領分以外				
	その他の費用					
通常の事業実施地域						
添付書類	別添のとおり					

<記載上の注意事項>

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 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。
- 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

付表 3-2 第 1 号訪問事業訪問型サービス A 事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号

一部 実施 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
従業者の 職種員数		専 従	兼 務	
	常勤 (人)			
	非常勤 (人)			
主な 揭示 事項	営業日			
	営業時間			
	利用料	法定代理受領分 (一割負担分)		
		法定代理受領分以外		
	その他の費用			
通常の事業実施地域				
添付書類		別添のとおり		

<記載上の注意事項>

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 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。
- 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

## 別添3

## 指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所・施設の名称

番号	添付書類	申請する項目 (第1号訪問事業 訪問型サービスA)	備考
1	申請者の登記事項証明書等		
2	従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表		
3	訪問事業責任者の経歴		
4	事業所の平面図		
5	運営規程		
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		
7	当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行うときの名称・所在地		
8	誓約書		
9	資格を証する書類		
10	雇用証明書（雇用確約証明書）		

## &lt;記載上の注意事項&gt;

- 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。
- 3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表 4-1 第 1 号通所事業通所型サービス A 事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

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				
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )				
	氏名									
	生年月日									
	当該通所型サービス A 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	-----				
従業者の 職種・ 員数			生活相談員		看護職員		従事者		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)									
	基準上の必要人数 (人)									
	適合の可否									
サービスを提供するために必要な場所の合計面積					基準上の必要数値		適合の可否			
					m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup> 以上			
主な 揭示 事項	営業日	単位ごとの営業日								
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間 (送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : )								
	利用定員	人 (単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人)								
	利用料	法定代理受領分 (一割負担分)								
		法定代理受領分以外								
	その他の費用									
通常の事業実施地域										
添付書類	別添のとおり									

<記載上の注意事項>

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 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。
- 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 本事業所内で複数の単位を実施する場合は、2 単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職員・員数については、別様に記載し添付してください。
- 5 出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。

付表 4-2 第 1 号通所事業通所型サービス A 事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号

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				
単位別従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		従事者		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)								
	基準上の必要人数 (人)								
	適合の可否								
	サービスを提供するために必要な場所の合計面積			基準上の必要数値		適合の可否			
	m <sup>2</sup>			m <sup>2</sup> 以上					
揭示事項	営業日	単位ごとの営業日							
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : )							
	利用定員	人 (単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人)							
	添付書類	平面図							

<記載上の注意事項>

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 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。
- 3 一のローテーションにおいて、事業所を複数有するときは、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。

## 別添 4

## 指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所・施設の名称

番号	添付書類	申請する事項 (第1号通所事業通 所型サービスA)	備考
1	申請者の登記事項証明書等		
2	従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表		
3	事業所の平面図（設備概要を含む）		
4	設備・備品等一覧表		
5	運営規程		
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		
7	サービス提供実施単位一覧表		
8	当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行うときの名称・所在地		
9	誓約書		
10	資格を証する書類		
11	雇用証明書（雇用確約証明書）		
12	建築基準法・消防法の検査済証等		

## &lt;記載上の注意事項&gt;

- 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。
- 3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。



(参考様式1)  
 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(第1号訪問事業用) ( 年 月分) サービス種類( )  
 事業所・施設名( )

職種	勤務形態	氏名	[サービス提供時間: ~ ] [利用者数 人]																																		
			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

- \* 欄には、当該月の曜日を記入してください。
- 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週間分の勤務すべき時間数を記入してください。
- 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B～Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。  
 勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務  
 常勤換算が必要な職種は、A～Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業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。
- 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
- 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。
- 各事業所・施設において使用している勤務割表等(既に事業を実施しているときは直近月の実績)により、職種、勤務形態、氏名及び当該業務の勤務時間が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。



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週間分の勤務すべき時間を記入してください。勤務時間ごとあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し、その番号を記入してください。  
(例1ー勤務時間 ①8:30～17:00、②16:30～1:00、③0:30～9:00、④休日)  
(例2ーサービス提供時間 a 9:00～12:00、b 13:00～16:00、c 10:30～13:30、d 14:30～17:30、e 休日)
- 3 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B～Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。  
**勤務形態の区分** A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務
- 4 常勤換算が必要な職種は、A～Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業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、小数点以下第2位を切り捨ててください。
- 6 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。
- 7 各事業所・施設において使用している勤務割表等(既に事業を実施しているときは直近月の実績)により、職種、勤務形態、氏名及び当該業務の勤務時間が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。

(参考様式 2)

○ ○ ○ ○ ○ ○

事業所又は施設の名称			
カナ		生年月日	
氏名			年 月 日
住所	(郵便番号 - )		
電話番号			
主 な 職 歴 等			
年 月 ~	年 月	勤 務 先 等	職 務 内 容
職務に関連する資格			
資格の種類		資格取得年月	
備考 (研修等の受講の状況等)			

- 備考 1 「○○○」には、「サービス提供責任者の氏名、住所及び経歴」又は「訪問事業責任者の氏名、住所及び経歴」と記入してください。
- 2 「サービス提供責任者の氏名、住所及び経歴」又は「訪問事業責任者の氏名、住所及び経歴」の場合において、次に掲げる資格要件のいずれかを満たしている時は、「主な職歴等」欄の記載を省略することができます。
- ①介護福祉士、②介護職員基礎研修修了者、③訪問介護員養成研修 1 級課程修了者、④看護師及び准看護師
- 3 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。
- 4 当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。
- 5 サービス提供責任者又は訪問事業責任者の要件を満たす資格証 (写) を添付してください。

(参考様式3)  
平面図

	事業所・施設の名称
--	-----------

- 備考
- 1 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。
  - 2 事業実施に必要な特定の区画(相談室、食堂、機能訓練室、事務室等)を表記してください。
  - 3 面積要件を要するサービスの場合は、各区画の面積(有効床面積)及び寸法を記載してください。
  - 4 建物外観、入口、事業実施に必要な区画及び設備の写真をA4用紙で用途・設備名等を記載して添付してください。
  - 5 建物が法人所有の場合、土地、建物の不動産登記簿謄本(写)(事業所住所と登記の番地が異なる場合は、住所がわかるもの(公的郵便物(写)等を添付してください)。
  - 6 建物を賃貸している場合は、賃貸借契約書(写)(使用目的が、事業を実施できる内容であること。)を添付してください。

(参考様式4)

## 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	
申請するサービス種類	

### 措 置 の 概 要

- 1 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置
- 2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順
- 3 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等（居宅介護支援事業者の場合記入）
- 4 その他参考事項

備考 上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。

# 誓 約 書

年 月 日

登別市長 様

住所  
申請者 氏名

〔 法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称  
及び代表者の氏名 〕

介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の45の5第2項に該当しないことを誓約します。

## 記

（介護保険法第115条の45の5第2項）

市長村長は、前項の申請があった場合において、申請者が厚生労働省令で定める基準に従って適正に第一号事業を行うことができないと認められるときは、指定事業者の指定をしてはならない。

（介護保険法施行規則第140条の63の6）

法第百十五条の四十五の五第二項に規定する厚生労働省令で定める基準は、市町村が定める基準であつて、次のいずれかに該当するものとする。

- 一 第一号事業（第一号生活支援事業を除く。）に係る基準として、次に掲げるいずれかに該当する基準
  - イ 介護保険法施行規則等の一部を改正する省令（平成二十七年厚生労働省令第四号）第五条の規定による改正前の指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成十八年厚生労働省令第三十五号。ロにおいて「旧指定介護予防サービス等基準」という。）に規定する旧介護予防訪問介護若しくは旧介護予防通所介護に係る基準の例による基準又は指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成十八年厚生労働省令第三十七号。ロにおいて「指定介護予防支援等基準」という。）に規定する介護予防支援に係る基準の例による基準
  - ロ 旧指定介護予防サービス等基準に規定する基準該当介護予防サービス（旧介護予防訪問介護及び旧介護予防通所介護に係るものに限る。）に係る基準又は指定介護予防支援等基準に規定する基準該当介護予防支援に係る基準の例による基準
  - ハ 平成二十六年改正前法第五十四条第一項第三号又は法第五十九条第一項第二号に規定する離島その他の地域であつて厚生労働大臣が定める基準に該当するものに住所を有する居宅要支援被保険者等が、平成二十六年改正前法第五十四条第一項第三号又は法第五十九条第一項第二号に規定するサービスを受けた場合における当該サービスの内容を勘案した基準
- 二 第一号事業に係る基準として、当該第一号事業に係るサービスの内容等を勘案した基準（前号に掲げるものを除く。）

(参考様式6)

### 雇用確約証明書

被雇用者氏名		
被雇用者生年月日		年 月 日
雇用年月日		年 月 日
勤務事業所	名称	
	所在地	
勤務事業所のサービス種類		
被雇用者が従事する職種		
勤務形態	常勤 ・ 非常勤	〔 勤務時間等 〕
	専従 ・ 兼務	

上記のとおり、雇用を確約していることを証します。

年 月 日

雇用者  
(開設者) 住所  
氏名

(法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに  
名称及び代表者の氏名)

上記のとおり、相違ありません。

年 月 日

被雇用者 住所  
氏名

備考

「勤務形態」欄の「常勤・非常勤」「専従・兼務」は、それぞれ該当する方を○で囲んでください。



(参考様式6)

### 雇用証明書

被雇用者氏名		
被雇用者生年月日		年 月 日
雇用年月日		年 月 日
勤務事業所	名称	
	所在地	
勤務事業所のサービス種類		
被雇用者が従事する職種		
勤務形態	常勤 ・ 非常勤	〔 勤務時間等 〕
	専従 ・ 兼務	

上記のとおり、雇用していることを証します。

年 月 日

雇用者  
(開設者) 住所  
氏名

(法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに  
名称及び代表者の氏名)

上記のとおり、相違ありません。

年 月 日

被雇用者 住所  
氏名

備考

「勤務形態」欄の「常勤・非常勤」「専従・兼務」は、それぞれ該当する方を○で囲んでください。

(参考様式7)

設備・備品等一覧表

サービス種類 ( )

事業所名・施設名 ( )

部屋・設備の種類	設備基準上適合すべき項目についての状況	適合の可否
サービス提供上配慮すべき設備の概要  非常災害設備等		
備品の目録	備品の品名及び数量	

- 備考1 申請するサービス種類に関して、登別市介護予防日常生活支援総合事業における指定第1号事業の人員、設備及び運営並びに指定第1号事業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規則で定められた設備基準上適合すべき項目について記載してください。
- 必要に応じて写真等を添付し、その旨を併せて記載してください。
  - 「適合の可否」の欄には、何も記載しないでください。

(参考様式 8)

### サービス提供実施単位一覧表

曜日 時間	月	火	水	木	金	土	日
9:00							
12:00							
15:00							
18:00							
21:00							
0:00							

備考 1 曜日ごとにサービス提供単位の状況を記載してください。また、サービス提供単位ごとの利用定員を記載してください。

2 各事業所・施設において使用している勤務割表等（既に事業を実施しているときは直近月の実績）により、サービス提供単位及び

サービス提供単位ごとの利用定員が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。

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

事業所番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他の	該当する	体制等	LFEへの登録	割引
A2 訪問型サービス(独自) ※訪問介護相当			特別地域加算	1 なし 2 あり		1 なし 2 あり	1 なし 2 あり
			中山間地域等における小規模事業所加算(地域に関する状況)	1 非該当 2 該当			
			中山間地域等における小規模事業所加算(相模に関する状況)	1 非該当 2 該当			
			介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算 I 5 加算 II 2 加算 III			
			介護職員等特定処遇改善加算	1 なし 2 加算 I 3 加算 II			
			介護職員等ベースアップ等支援加算	1 なし 2 あり			
			職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 看護職員 3 介護職員			
			若年性認知症利用者受入加算	1 なし 2 あり			
			生活機能向上グループ活動加算	1 なし 2 あり			
			運動器機能向上体制	1 なし 2 あり			
A6 通所型サービス(独自) ※通所介護相当			栄養アセスメント・栄養改善体制	1 なし 2 あり			1 なし 2 あり
			口腔機能向上加算	1 なし 2 あり			
			選択的サービスマルチ実施加算	1 なし 2 あり			
			事業所評価加算(申出)の有無	1 なし 2 あり			
			サービスマルチ提供体制強化加算	1 なし 5 加算 I 4 加算 II 6 加算 III			
			生活機能向上連携加算	1 なし 3 加算 I 2 加算 II			
			科学的介護推進体制加算	1 なし 2 あり			
			介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算 I 5 加算 II 2 加算 III			
			介護職員等特定処遇改善加算	1 なし 2 加算 I 3 加算 II			
			介護職員等ベースアップ等支援加算	1 なし 2 あり			
A7 通所型サービス(独自/定率) ※基準緩和型			職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 従事者		1 なし 2 あり	1 なし 2 あり
			若年性認知症利用者受入加算	1 なし 2 あり			
			生活機能向上グループ活動加算	1 なし 2 あり			
			運動器機能向上体制	1 なし 2 あり			
			栄養アセスメント・栄養改善体制	1 なし 2 あり			
			口腔機能向上加算	1 なし 2 あり			
			選択的サービスマルチ実施加算	1 なし 2 あり			
			サービスマルチ提供体制強化加算	1 なし 5 加算 I 4 加算 II 6 加算 III			
			生活機能向上連携加算	1 なし 3 加算 I 2 加算 II			
			科学的介護推進体制加算	1 なし 2 あり			

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(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状況)

事業所番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他の該当する体制等
A2 訪問型サービス(独自) ※訪問介護相当			特別地域加算 1 なし 2 あり
			中山間地域等における小規模事業所加算(地域に関する状況) 1 非該当 2 該当
			中山間地域等における小規模事業所加算(規模に関する状況) 1 非該当 2 該当
A6 通所型サービス(独自) ※通所介護相当			職員の欠員による減算の状況 1 なし 2 看護職員 3 介護職員
			若年性認知症利用者受入加算 1 なし 2 あり
			生活機能向上グループ活動加算 1 なし 2 あり
			運動器機能向上体制 1 なし 2 あり
			栄養改善体制 1 なし 2 あり
			口腔機能向上加算 1 なし 2 あり
			事業所評価加算(申出)の有無 1 なし 2 あり
			生活機能向上連携加算 1 なし 3 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ
			科学的介護推進体制加算 1 なし 2 あり
			職員の欠員による減算の状況 1 なし 2 従事者
A7 通所型サービス(独自/定率) ※基準緩和型			若年性認知症利用者受入加算 1 なし 2 あり
			生活機能向上グループ活動加算 1 なし 2 あり
			運動器機能向上体制 1 なし 2 あり
			栄養改善体制 1 なし 2 あり
			口腔機能向上加算 1 なし 2 あり
			生活機能向上連携加算 1 なし 3 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ
			科学的介護推進体制加算 1 なし 2 あり

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

受付番号

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

登別市長 様

主たる事務所の所在地  
名称  
代表者の職・氏名

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 ー ) 県 郡市 (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号		FAX番号			
	法人である場合その種別		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 ー ) 県 郡市					
事業所の状況	事業所名						
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡市					
	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 ー ) 県 郡市					
	連絡先	電話番号		FAX番号			
	管理者の氏名						
	管理者の住所	(郵便番号 ー ) 県 郡市					
届出を行う事業所又は施設の種類	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) A2 ※訪問介護相当			1新規 2変更 3終了			
	通所型サービス(独自) A6 ※通所介護相当			1新規 2変更 3終了			
	通所型サービス(独自) A7 ※基準緩和型			1新規 2変更 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」欄には記載しないでください。  
 2 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。  
 3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。  
 4 「実施事業」欄は、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について該当する数字に「○」を記入してください。  
 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。

(別紙20)

年 月 日

登別市長 様

事業所又は施設名

介護予防・日常生活支援総合事業者による事業費の割引に係る割引率の設定について

1 割引率等

事業所番号

サービスの種類	割引率	適用条件
訪問型サービス（独自） ※訪問介護相当	%	
	%	
	%	
訪問型サービス（独自） ※基準緩和型	%	
	%	
	%	
訪問型サービス（独自/定率）	%	
	%	
	%	
訪問型サービス（独自/定額）	%	
	%	
	%	
通所型サービス（独自） ※通所介護相当	%	
	%	
	%	
通所型サービス（独自） ※基準緩和型	%	
	%	
	%	
通所型サービス（独自/定率）	%	
	%	
	%	
通所型サービス（独自/定額）	%	
	%	
	%	

備考 「適用条件」欄には、当該割引率が適用される時間帯、曜日、日時について具体的に記載してください。

2 適用開始年月日 年 月 日

サービス提供体制強化加算に関する届出書  
(通所型サービス(独自A6))

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(I)      2 サービス提供体制強化加算(II) 3 サービス提供体制強化加算(III)

## 4 介護職員等の状況

## (1) サービス提供体制強化加算 (I)

介護福祉士等の 状況	①に占める②の割合が70%以上		有・無
	① 介護職員の総数(常勤換算)	人	
	② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)	人	
	又は		有・無
①に占める③の割合が25%以上			
	③ ①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の 総数(常勤換算)	人	

## (2) サービス提供体制強化加算 (II)

介護福祉士等の 状況	①に占める②の割合が50%以上		有・無
	① 介護職員の総数(常勤換算)	人	
	② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)	人	

## (3) サービス提供体制強化加算 (III) ※介護福祉士等の状況、勤続年数の状況のうち、いずれか1つを満たすこと。

介護福祉士等の 状況	①に占める②の割合が40%以上		有・無
	① 介護職員の総数(常勤換算)	人	
	② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)	人	
勤続年数の状況	①に占める②の割合が30%以上		有・無
	① サービスを直接提供する者の総数(常勤換算)	人	
	② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数(常勤換算)	人	

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、保険者の定めに基づき、提出又は事業所に保管すること。



サービス提供体制強化加算に関する届出書  
(通所型サービス(独自A7))

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)      2 サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 3 サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

## 4 介護職員等の状況

## (1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

介護福祉士等の 状況	①に占める②の割合が70%以上		有・無
	① 介護職員の総数(常勤換算)	人	
	② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)	人	
	又は		有・無
①に占める③の割合が25%以上			
	③ ①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の 総数(常勤換算)	人	

## (2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

介護福祉士等の 状況	①に占める②の割合が50%以上		有・無
	① 介護職員の総数(常勤換算)	人	
	② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)	人	

## (3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) ※介護福祉士等の状況、勤続年数の状況のうち、いずれか1つを満たすこと。

介護福祉士等の 状況	①に占める②の割合が40%以上		有・無
	① 介護職員の総数(常勤換算)	人	
	② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)	人	
勤続年数の状況	①に占める②の割合が30%以上		有・無
	① サービスを直接提供する者の総数(常勤換算)	人	
	② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数(常勤換算)	人	

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、保険者の定めに基づき、提出又は事業所に保管すること。