

# 介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定申請等事務について

平成 29 年 2 月 6 日

大曲仙北広域市町村圏組合  
介護保険事務所

## 1. 新規指定申請について

### 介護予防訪問介護相当サービス・介護予防通所介護相当サービス

- みなし指定を受けている事業所 → 指定申請は不要です
- みなし指定を受けていない事業所 → 指定申請が必要です

### 訪問型サービス A・通所型サービス A

- 実施する全ての事業所 → 指定申請が必要です

- ・上記の指定申請が必要な事業所については、別紙の「介護予防・日常生活支援総合事業指定申請様式等一覧」に記載の書類一式を、事業開始の 1 か月前までに介護保険事務所へ提出してください。
- ・一体的に実施する介護予防訪問（通所）介護相当サービスと訪問（通所）型サービス A を同時に申請する場合は、申請書類一式をそれぞれ提出する必要はありません。申請書は 1 枚とし、その他の書類はサービスごとに内容が異なるもののみ、各サービス分を添付してください。

## 2. 変更届について

- ・指定申請内容に変更が生じた場合は、変更届の提出が必要となります。届出が必要な変更項目及び添付書類については、別紙「介護予防・日常生活支援総合事業変更届添付書類一覧表」をご覧ください。
- ・変更が生じた日から 10 日以内に介護保険事務所へ提出してください。
- ・介護予防訪問（通所）介護相当サービスと訪問（通所）型サービス A を一体的に実施する事業所が変更届を提出する場合、変更内容が同じであれば、それぞれのサービスごとに提出する必要はありません。

## 3. 更新申請について

- ・指定有効期間満了後も事業を継続する場合は、指定更新申請が必要となります。指定有効期間満了となる約 2 か月前にご連絡いたしますので、別紙「介護予防・日常生活支援総合事業指定

更新申請様式等一覧」に記載の書類一式を、指定有効期間満了の1か月前までに介護保険事務所へ提出してください。（指定有効期間は原則6年です。）

- ・平成27年4月1日にみなし指定を受けた介護予防訪問介護相当サービス事業所及び介護予防通所介護相当サービス事業所のみなし指定の効力は、平成30年3月31日までとなっています。平成30年4月1日以降も事業を継続する場合は、更新申請が必要です。

#### 4. 廃止・休止・再開について

- ・事業所を廃止、休止（又は休止していた事業所を再開）する場合は、「様式第4号」により届出が必要です。廃止及び休止については、その廃止または休止の日の1か月前までに届出をしてください。

#### 5. 加算の算定等について

- ・介護予防訪問介護相当サービス事業所及び介護予防通所介護相当サービス事業所における加算算定の要件は、旧介護予防訪問介護及び旧介護予防通所介護と同様です。
- ・事業開始後に加算（減算）を新たに算定する場合や、算定を取りやめる場合、または加算の区分を変更する場合に、届出が必要となります。「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19）及び「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」（別紙1-4）を提出してください。  
※別紙1-4の一覧表に記載されていない加算（減算）については、届出不要です。
- ・加算を算定するにあたり、添付書類が必要となるものもありますので、体制等状況一覧表の備考欄で確認してください。
- ・新たに算定する場合や区分を変更する場合は、開始または変更する月の前月15日までに届出をしてください。加算の算定を取りやめる場合または減算を開始する場合は、その状況が生じたときに速やかに届出をしてください。
- ・介護職員処遇改善加算については、平成29年度の事務処理手順が国から正式に示され次第、別途ご連絡いたします。

## 6. 他市町村の被保険者の利用について

- ・他市町村（大仙市、仙北市、美郷町以外の市町村）の被保険者が利用する場合は、当該他市町村への申請等（新規指定申請、指定更新申請、変更届、加算算定の届出）が必要です。なお、平成 29 年度中は、市町村によって取扱いが異なりますので、各市町村へ直接確認してください。
- ・平成 27 年 4 月にみなし指定を受けた介護予防訪問（通所）介護相当サービス事業所については、全ての市町村に対してみなし指定の効力が及んでいることから、みなし指定有効期間満了となる平成 30 年 3 月 31 日までは他市町村への新規指定申請は必要ありません。ただし、変更届、加算等の変更時の届出、及び平成 30 年 4 月からの指定更新申請については、他市町村への手続きが必要です。

介護予防・日常生活支援総合事業指定申請様式等一覧

申請様式	添付書類
<p>○ 指定申請書 【様式第1号】</p> <p>○ 事業所の指定に係る記載事項 【付表1、または付表2】</p> <p>○ 位置図（住宅地図や図面）</p>	<p>① 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等</p> <p>② 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（実際のもの）及び資格・終了した研修の修了証の写し</p> <p>③ 代表者経歴書【参考様式2】</p> <p>④ 管理者経歴書【参考様式3】</p> <p>⑤ サービス提供責任者・訪問事業責任者経歴書及び資格を確認できるものの写し【参考様式4】</p> <p>⑥ 事業所の平面図【様式自由】</p> <p>⑦ 設備・備品等に係る一覧表【参考様式5】</p> <p>⑧ 運営規程、重要事項説明書【様式自由】 ※介護予防訪問（通所）介護相当サービスと訪問（通所）型サービスAを一体的に実施する場合は、それぞれのサービスごとに内容を明記してください。</p> <p>⑨ 当該申請に係る資産の状況 直近3ヶ年の決算書及び財産目録等事業報告書（様式自由）</p> <p>⑩ 法第115条の45の5第2項に規定する厚生労働省令で定める基準に従って適正に第1号事業を行うことができないと認められるものに該当しない旨の誓約書【参考様式6】 ※役員等名簿に、役員及び管理者について記載・押印してください。</p> <p>⑪ 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7】</p> <p>⑫ 介護予防・日常生活支援総合事業費の請求に関する事項【別紙19、別紙1-4】</p> <p>⑬ その他広域市町村圏組合管理者が必要と認める書類 ※新規で介護予防・日常生活支援総合事業のみを開始する場合に提出が必要となりますので、別紙「その他広域市町村圏組合管理者が必要と認める書類一覧」を参照してください。指定居宅サービス及び指定地域密着型サービスと一体的に運営する場合は提出の必要はありません。</p>

その他広域組合管理者が必要と認める書類 様式集

書類	様式
1 施設の管理・運営に関する事項	
ア 事業参画の動機について	A-1
イ 運営方針について	A-2
ウ 運営実績について①	A-3-①
ウ 運営実績について②	A-3-②
エ 各種委託業務発注・食材・物品等の調達について	A-4
オ 職員及び組織体制について①	A-5-①
オ 職員及び組織体制について②	A-5-②
オ 職員及び組織体制について③	A-5-③
2 利用者へのサービスに関する事項	
ア 介護サービス提供の基本方針について	B-1
イ 提供する生活支援・介護サービス内容について①	B-2-①
イ 提供する生活支援・介護サービス内容について②	B-2-②
イ 提供する生活支援・介護サービス内容について③	B-2-③
イ 提供する生活支援・介護サービス内容について④	B-2-④
ウ 健康管理・衛生管理への対応について①	B-3-①
ウ 健康管理・衛生管理への対応について②	B-3-②
3 危機管理・情報管理に関する事項	
ア 危機管理・事故・災害対応について	C-1
イ 個人情報保護・情報公開について	C-2
4 財務・会計関係に関する事項	
ア 財務状況について	D-1
5 地域との連携に関する事項	
6 事業開始までのスケジュール	
7 開設予定地の市・町の意見書	
	G-1

※7の書類作成については、保険者から市町に依頼するので、申請者は提出不要です。

介護予防・日常生活支援総合事業指定更新申請様式等一覧

申請様式	添付書類
<p>○ 指定更新申請書 【様式第5】</p> <p>○ 事業所の指定に係る記載事項 【付表1、または付表2】</p>	<p>① 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等</p> <p>② 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（実際のもの）及び資格・終了した研修の修了証の写し</p> <p>③ 管理者経歴書【参考様式3】</p> <p>④ サービス提供責任者・訪問事業責任者経歴書及び資格を確認できるものの写し【参考様式4】</p> <p>⑤ 事業所の平面図【様式自由】 ※新規指定時から変更がない場合は不要です。</p> <p>⑥ 設備・備品等に係る一覧表【参考様式5】</p> <p>⑦ 運営規程（重要事項説明書を含む）【様式自由】</p> <p>⑧ 当該申請に係る資産の状況 直近2ヶ年の決算書及び財産目録等事業報告書（様式自由）</p> <p>⑨ 法第115条の45の5第2項に規定する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ものに該当しない旨の誓約書【参考様式6】 ※役員等名簿に、役員及び管理者について記載・押印してください。</p> <p>⑩ 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7】</p> <p>⑪ 介護予防・日常生活支援総合事業費の請求に関する事項（算定に係る体制等状況一覧）【別紙1-4】</p>

介護予防・日常生活支援総合事業変更届添付書類一覧

○は添付必須。 △は該当項目に変更がある場合添付。	事業所の名称	事業所の所在地	主たる事務所の所在地	代表者（開設者）の 氏名及び住所	定款・寄附行為及び その登記事項証明書・条例等	事業所の建物の 構造・専用区画等	事業所の管理者の 氏名、生年月日及び住所	事業所のサービス提供責任者 （又は訪問事業責任者）の 氏名、生年月日及び住所	運営規程	利用者からの苦情を処理する 為に講ずる措置の概要	従業者の勤務の体制 及び勤務形態 ※備考1	利用者の定員	請求に関する事項 ※備考2	役員の氏名、生年月日及び住所
	変更届出書（様式第3号）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
付表1、付表2（事業種別に応じて選択）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○
勤務表（変更日の当該月のもので常勤換算が把握できるもの。 資格を有する職種の場合は資格者証等の写しも添付。）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○
定款・寄附行為等及び その登記事項証明書・条例等			○	△	○									
事業所の平面図						○								
管理者の経歴書							○							
サービス提供責任者（訪問事業責任者）の経歴書								○						
運営規程（改正後）	○	○	△				△		○			○		△
利用者からの苦情を処理するために講ずる 措置の概要							△		△	○				
法第115条の45の5第2項に規定する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 られるものに該当しない旨の誓約書				○			○							○
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19）													○	
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（第1号訪問事業・第1号通所事業）（別紙1-4）													○	

※備考1 「従業者の勤務の体制及び勤務形態」・・・資格を要する職種の従業者について変更があった場合に届け出が必要です（訪問型サービスにおける訪問介護員等は除く）。

2 「請求に関する事項」・・・加算、減算等について変更があった場合に届出が必要です。請求に関する事項のみ変更となる場合は、「変更届出書」（様式第3号）及び「付表」の提出は不要ですが、勤務表については、人員配置に係る加算が変更となる場合は添付してください。

介護予防・日常生活支援総合事業指定第 1 号事業者指定申請書

平成 年 月 日

大曲仙北広域市町村圏組合  
 管理者 栗林次美様

所在地  
 申請者 名称  
 代表者氏名 印

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。

事業所所在市町村番号

申請者	フリガナ				
	名称				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - ) 県 郡市 (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
	法人の種類別		法人所轄庁		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ氏名	生年月日
指定を受けようとする事業所の種類	代表者の住所	(郵便番号 - ) 県 郡市			
	事業所等の所在地	(郵便番号 - ) 県 郡市			
介護予防・日常生活支援総合事業	同一所在地において行う事業の種類	実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式
	介護予防訪問介護相当サービス				付表 1
	訪問型サービス A				付表 1
	介護予防通所介護相当サービス				付表 2
	通所型サービス A				付表 2
介護保険事業所番号		(既に指定を受けている場合)			
指定を受けている他市町村名					



備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」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、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、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
- 6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。

付表1 訪問型サービス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 - ) ----- (ビルの名称等)						
	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	(郵便番号 - )			
	氏名							
	生年月日							
	事業所内の従業者との兼務の有無	有・無		(職種: )				
	他事業所の従業者との兼務の有無	有・無		事業所の名称				
				兼務する職種及び勤務時間等	-----			
サービス提供責任者 (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							
従業者	訪問介護員等 (従事者)			専従	兼務	常勤換算後の員数(人)	基準上の必要人員(人)	適否
								*
		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					
			法定代理受領分以外					
	そ の 他 の 費 用							
通常の実業の実施地域								
添 付 書 類		別添のとおり						

## 備考

- \*を付した「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。
- 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。

付表2 通所型サービス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 - ) (ビルの名称等)									
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	(郵便番号 - )					
	氏名										
	生年月日										
	事業所内の従業者との兼務の有無	有・無		(職種: )							
	他事業所の従業者との兼務の有無	有・無		事業所の名称							
				兼務する職種及び勤務時間等							
実施単位数	単位	同時に通所型サービスの提供を受けることができる利用者の数の上限						人			
単位①	単位当たりの従業者			生活相談員 (基準緩和型は配置不要)		介護職員 (従事者)		看護職員 (基準緩和型は配置不要)		機能訓練指導員 (基準緩和型は配置不要)	
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)									
		非常勤(人)									
		*基準上の必要員数(人)									
	*適合の可否										
	定員	人									
	営業日				備考						
	営業時間										
		備考									
食堂及び機能訓練室の面積合計 (サービスを提供するために必要な場所の面積合計)				m <sup>2</sup>	*基準上の必要数値			m <sup>2</sup>			
					*適合の可否						
主な揭示事項	定員	人									
	営業日										
	営業時間 (サービス提供時間)										
	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										
通常の事業の実施地域											
添付書類	別添のとおり										

備考

- \*を付した「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」欄は、記入しないでください。
- 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。
- 従業者の員数については、総数を記載してください。

別紙 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項（2単位目以降）

\*受付番号

事業所	フリガナ									
	名称									
単位 ②	単位当たりの従業者	生活相談員 (基準緩和型は配置不要)		介護職員 (従事者)		看護職員 (基準緩和型は配置不要)		機能訓練指導員 (基準緩和型は配置不要)		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)								
		非常勤(人)								
		*基準上の必要員数(人)								
	*適合の可否									
	定員	人								
	営業日			備考						
	営業時間									
		備考								
単位 ③	単位当たりの従業者	生活相談員 (基準緩和型は配置不要)		介護職員 (従事者)		看護職員 (基準緩和型は配置不要)		機能訓練指導員 (基準緩和型は配置不要)		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)								
		非常勤(人)								
		*基準上の必要員数(人)								
	*適合の可否									
	定員	人								
	営業日			備考						
	営業時間									
		備考								
単位 ④	単位当たりの従業者	生活相談員 (基準緩和型は配置不要)		介護職員 (従事者)		看護職員 (基準緩和型は配置不要)		機能訓練指導員 (基準緩和型は配置不要)		
		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									
	定員	人								
	営業日			備考						
	営業時間									
		備考								

備考

- \*を付した「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」欄は、記入しないでください。
- 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。
- 従業者の員数については、総数を記載してください。

介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者変更届出書

平成 年 月 日

大曲仙北広域市町村圏組合  
 管理者 栗林次美様

所在地  
 事業者名称  
 代表者氏名

印

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。

		介護保険事業者番号								
指定内容を変更した事業所（施設）		名称								
		所在地								
サービスの種類										
変更があった事項		変更の内容								
1	事業所の名称	(変更前)								
2	事業所の所在地									
3	主たる事務所の所在地									
4	代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所									
5	定款・寄附行為及びその登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。）									
6	事業所の建物の構造、専用区画等									
7	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所									
8	サービス提供責任者の氏名、生年月日及び住所	(変更後)								
9	運営規程									
10	利用者からの苦情を処理する為に講ずる措置の概要									
11	当該指定事業所に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態									
12	利用者の定員									
13	サービス費の請求に関する事項									
14	役員の氏名、生年月日及び住所									
変更年月日		平成 年 月 日								

- 備考1 該当項目番号に○を付してください。  
 2 変更内容が分かる書類を添付してください。

介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者廃止・休止・再開届出書

平成 年 月 日

大曲仙北広域市町村圏組合  
 管理者 栗林次美様

所在地  
 事業者 名称  
 代表者氏名 印

次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしますので届け出ます。

	介護保険事業者番号								
廃止（休止・再開）した事業所	名 称								
	----- 所在地								
サービスの種類									
休止・廃止・再開の別	休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開								
休止・廃止・再開する年月日	平成 年 月 日								
休止・廃止する理由									
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置 (休止・廃止する場合のみ)									
休止予定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日								

備考 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

## 介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定更新申請書

平成 年 月 日

大曲仙北広域市町村圏組合  
 管理者 栗林次美様

所在地  
 申請者 名称  
 代表者氏名 印

介護保険法に規定する指定第1号事業所に係る指定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。

		事業所所在市町村番号		
申請者	フリガナ 名称			
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 - ) 県 郡市 (ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	法人の種類	法人所轄庁		
	代表者の職名・氏 名・生年月日	職名	フリガナ 氏名	生年月日
代表者の住所	(郵便番号 - ) 県 郡市 (ビルの名称等)			
事業所	フリガナ 名称			
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡市 (ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	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			
所在地	(郵便番号 - ) 県 郡市 (ビルの名称等)			
連絡先	電話番号	FAX番号		
現に受けている指定の有効期間満了日		平成 年 月 日		

備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。  
 2 「介護予防・日常生活支援総合事業指定更新申請様式等一覧」を参照のうえ、必要書類を添付してください。





- 備考1 \*欄には、当該月の曜日を記入してください。
- 2 「人員配置区分」又は「該当する体制等」欄には、別紙「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる人員配置区分の類型又は該当する体制加算の内容をそのまま記載してください。
- 3 届出を行う従業者について、4週間分の勤務すべき時間数を記載してください。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、その番号を記載してください。【勤務時間の形態等】には、次の記載例を参照のうえ、勤務時間の形態について記載してください。  
(記載例1—勤務時間 ①8:30~17:00、②16:30~1:00、③0:30~9:00、④休日)  
(記載例2—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)  
※複数単位実施の場合、その全てを記入してください。
- 4 届出する従業者の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**
- 5 常勤換算が必要なものについては、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。
- 6 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。
- 7 各事業所において使用している勤務割表等（変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等）により、届出の対象となる従業者の職種、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5)

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 「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6)

介護保険法第115条の45の5第2項に規定する厚生労働省令で定める  
基準に従って適正に第1号事業を行うことができないと認められるものに  
該当しない旨の誓約書

平成 年 月 日

大曲仙北広域市町村圏組合  
管理者 栗林次美様

所在地  
申請者

名称

代表者名 印

申請者が、介護保険法第115条の45の5第2項に規定する厚生労働省令で定める基準（平成11年厚生省令第36号 介護保険法施行規則第140条の63の6）に従って適正に第1号事業を行うことができないと認められるものに該当しないことを誓います。

記

【介護保険法施行規則第140条の63の6】

（法第115条の45の5第2項の厚生労働省令で定める基準）

法第115条の45の5第2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って、次のいずれかに該当するものとする。

- 一 第1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27年厚生労働省令第4号）附則第2条第3号若しくは第4条第3号の規定によりなおその効力を有するものとされた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18年厚生労働省令第35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18年厚生労働省令第37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26年改正前法第54条第1項第3号又は法第59条第1項第2号に規定する離島その他の地域であっ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26年改正前法第54条第1項第3号又は法第59条第1項第2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1号事業に係る基準として、当該第1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。）

役員等名簿				
(ふりがな) 氏名	生年月日	住 <sup>(ふり)</sup>	所 <sup>(がな)</sup>	押印
	役職名・呼称	TEL	FAX	

備考 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の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所を管理する者について記入・押印してください。

(参考様式7)

### 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 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。



事業所名	
------	--

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>

平成 年 月 日

大曲仙北広域市町村圏組合  
 管理者 栗林次美様

所在地  
 名称  
 代表者氏名

印

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				
	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	主たる事務所の所在地	(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					
届出を行う事業所の種類	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)
	介護予防訪問介護相当サービス			1新規 2変更 3終了		
	訪問型サービスA			1新規 2変更 3終了		
	介護予防通所介護相当サービス			1新規 2変更 3終了		
	通所型サービスA			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」「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 )「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)

平成 年 月 日

大曲仙北広域市町村圏組合  
管理者 栗林次美 様

事業所・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
介護予防訪問介護相当サービス	%	
	%	
	%	
訪問型サービスA	%	
	%	
	%	
介護予防通所介護相当サービス	%	
	%	
	%	
通所型サービスA	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	

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

サービス提供責任者体制の減算に関する届出書

1 事業所名	
2 異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了

3 介護職員初任者 研修修了者のサービ ス提供責任者	氏名	氏名

サービス提供体制強化加算に関する届出書  
(介護予防通所介護相当サービス)

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)イ 2 サービス提供体制強化加算(I)ロ 3 サービス提供体制強化加算(II)

4 介護福祉士等の状況	① 介護職員の総数 (常勤換算)	人	有・無
	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人	
→ ①に占める②の割合が50%以上			有・無
→ ①に占める②の割合が40%以上			有・無

5 勤続年数の状況	① サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)	人	①に占める ②の割合が 30%以上	有・無
	② ①のうち勤続年数3年以上の者の総数 (常勤換算)	人		

※ 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。