

介護予防・日常生活支援総合事業  
指定事業者

指定ガイドブック

令和4年4月

萩市福祉部 福祉政策課



## 第1章 指定等手続きの概要

1	指定事務担当窓口	1
2	指定の概要	1
3	サービス類型	1
4	指定要件（指定基準）の確認について	1
5	指定の流れ	3

## 第2章 指定申請書類の作成方法

1	指定申請に必要な書類と提出について	5
2	添付すべき書類と作成について	5
3	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について	6
4	他法令の確認について	8

## 第3章 指定後の手続き等

1	事業所番号及び介護予防・日常生活支援総合事業費等の請求届出	9
2	変更の手続き	10
3	指定更新の手続き	12
4	廃止・休止・再開の手続き	13

## 第4章 様式（掲載している様式は、萩市ホームページに掲載しています。）

○	第1号様式 介護予防・日常生活支援総合事業第指定事業者指定申請書	14
○	付表1 訪問型サービス事業所の指定に係る記載事項	15
○	（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	16
○	付表2 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項	17
○	（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	18
○	第2号様式 変更届出書	19
○	第2号の2様式 再開届出書	20
○	第3号様式 廃止・休止届出書	21
○	第4号様式 指定更新申請書	22
○	第6号様式 指定有効期間の短縮申出書	23
○	参考様式1-1 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表 （訪問介護員等によるサービス）	24
○	参考様式1-2 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表 （通所介護事業者の従業員によるサービス）	25
○	参考様式1-2 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表 （通所型サービスA）	26
○	参考様式2 平面図	27
○	参考様式3 設備等一覧表	28
○	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	29
○	参考様式5 誓約書	30
○	別紙26 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書	31
○	別紙1-4 介護予防・日常生活支援総合事業費算定委係る体制等状況一覧表	32
○	別紙29 サービス提供体制強化加算に関する届出書	33
○	他法令に関する状況の申出書	34
	社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票	35

## 第1章 指定等手続きの概要

- 萩市の介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者（以下、「萩市総合事業指定事業者」という。）になるためには、市の指定を受けなければなりません。
- 萩市総合事業指定事業者は、市による指導監督を受けることになり、不正の手段により指定を受けた場合、指定は取り消され、支払いを受けた第1号事業支給費を返還していただくことがありますので、ご注意ください。

### 1. 指定事務担当窓口

指定申請書の提出、指定後の各種届出等の窓口は以下のとおりです。

来庁される場合は、事前に電話連絡をお願いします。

担当窓口	所在地	連絡先
萩市福祉部 福祉政策課 指導監査室	〒758-8555 萩市大字江向510番地 萩市総合福祉センター	TEL 0838-25-3175 FAX 0838-25-3232 E-mail <a href="mailto:sidoukansa@city.hagi.lg.jp">sidoukansa@city.hagi.lg.jp</a> （受信専用）

### 2. 指定の概要

事業者の指定は、事業所ごと、サービスの種類ごとに行います。

### 3. サービス類型

	サービス種類
訪問型サービス(第1号訪問事業)	介護予防訪問介護相当サービス（訪問介護員等によるサービス）
通所型サービス(第1号通所事業)	介護予防通所介護相当サービス（通所介護事業者の従業者によるサービス）
	緩和した基準による通所型サービス（通所型サービスA）

### 4. 指定要件（指定基準）の確認について

- 指定を受けるためには、指定基準を満たさなければなりません。

※欠格事項に該当する場合には、指定を受けることができません。 1. 介護保険法第115条の45の5第2項に該当する者 2. 暴力団、暴力団員に該当する者<萩市の独自基準>	
法人格	指定申請をするには、法人である必要があります。
登記事項証明書	「事業目的」が記載された登記事項証明書（最新の情報が記載されているもの）

- 基本法令等

介護保険法、介護保険法施行令、介護保険法施行規則等

○ 人員、設備及び運営に関する基準

サービス種類	基準要綱
介護予防・日常生活支援総合事業	○ 萩市指定訪問介護員等によるサービスの人員、設備及び運営に関する基準等を定める要綱 ○ 萩市指定通所介護事業所の従業者によるサービス及び萩市指定通所型介護サービス A の人員、設備及び運営に関する基準等を定める要綱

○ 萩市では独自の基準を定めています。

〈萩市の独自基準〉	・暴力団、暴力団員の排除
-----------	--------------

5. 指定の流れ

	事前相談	<ul style="list-style-type: none"> <li>事前相談を必須とします。ご来庁時には、事前にご連絡ください。 【受付：萩市福祉部高齢者支援課介護保険係（0838）25-3368】</li> <li>要綱等で基準等を確認してください。</li> <li>位置図、平面図、参考となる資料を持参してください。</li> </ul>	
指定月の前々月	申請	提出期限	指定を受けたい月の前々月の末日 ※末日が閉庁日（土・日・祝日）の場合、その前の開庁日 （例）4月1日指定の場合、2月末日が提出期限
		提出部数	1部 ※申請者控えとして、提出書類一式の写しを保管してください。
		提出先	萩市福祉部福祉政策課指導監査室
		<ul style="list-style-type: none"> <li>この時点で、事業所に従事する予定の従業者が確定している必要があります。</li> <li>来庁時には事前に電話連絡をお願いします。</li> </ul>	
指定月の前月	受理	<ul style="list-style-type: none"> <li>修正や追加で書類を提出していただくことがあります。</li> <li>書類の不備、修正・追加書類の提出遅れにより、審査に支障がある場合には、指定できないこともあります。</li> <li>余裕を持ったスケジュールで申請してください。</li> </ul>	
	審査	<ul style="list-style-type: none"> <li>書類及び現地確認（審査後、現地確認を行います。） ただし、同一の事業所で一体的に運営されているサービス（指定通所介護、指定地域密着型通所介護、通所介護事業者の従業者によるサービス）がある場合には、現地確認を省略する場合があります。</li> <li>○日程 改めて連絡の上、調整します。</li> <li>○出席者 管理者、「従業者の勤務形態一覧表」に記載のある常勤従業者</li> <li>○説明者 聞き取り調査には、事業所の概要や関係書類の説明が可能な管理者等、責任者の臨席のみで結構です。</li> <li>○準備書類               <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 雇用契約書（事業所の全従業者（非常勤を含む）の雇用契約書、辞令文書等）</li> <li>◆ 就業規則</li> <li>◆ 従業者の勤務実績に関するもの（勤務表、出勤簿、業務日誌）</li> <li>◆ 守秘義務等に関する契約書</li> <li>◆ 運営規程</li> <li>◆ 重要事項説明書</li> <li>◆ 利用契約書</li> <li>◆ 個人情報に関する同意文書</li> <li>◆ 介護予防サービス・支援計画書、サービス提供記録</li> <li>◆ 資格を証明する書類</li> <li>◆ 事故発生記録、対応記録</li> <li>◆ 事故発生時の対応要領</li> <li>◆ 損害賠償保険契約書</li> <li>◆ 苦情関係記録</li> </ul> </li> <li>○その他 新規事業所の開設に伴い、同一法人内の他事業所との間で人員の異動があった場合、前事業所における後任者等の配置、勤務形態についても確認させていただくことがあります。（勤務形態一覧表の提出など）</li> </ul>	
	通知	介護保険事業所番号を記載した指定通知を送付します。 ※指定通知書は原則、再発行しませんので、取扱いにはご注意ください。	

指 定 月	事 業 開 始	<ul style="list-style-type: none"><li>・指定日は月の初日となります。</li><li>・指定後、萩市の介護保険パンフレットへの掲載を行います。</li></ul>
-------------	------------------	--

## 第2章 指定申請書類の作成方法

### 1. 指定申請に必要な書類と提出について

	書類	提出方法等
1	介護予防・日常生活支援総合事業第1号指定事業者指定申請書 (第1号様式)	<input type="radio"/> 提出 1部 メールでの提出も可。 <input type="radio"/> 申請者控えとして、提出書類一式の写しを保管してください。 <input type="radio"/> 任意様式はA4で作成してください。
	指定更新申請書(第4号様式)	
2	付表 指定に係る記載事項 ・付表1 … 訪問型サービス事業所の指定に係る記載事項 ・付表2 … 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項	
3	別添 添付書類・チェックリスト ・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 ・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	
4	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26)	
5	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)	

※ 新規に総合事業の指定を受けようとする際、総合事業と居宅サービス等(訪問介護・通所介護・地域密着型通所介護)を一体的に行う場合で、居宅サービス等の指定有効期間と異なる場合には、指定有効期間の短縮申出書(第6号様式)を提出することで、総合事業の指定有効期間を短縮できます。

### 2. 添付すべき書類と作成についての留意事項

	添付すべき書類	訪問	通所	通所A
1	登記事項証明又は条例等	○	○	○
2	従業員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	平面図	○	○	○
5	設備等一覧	—	○	○
6	運営規程	○	○	○
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	○	○	○
8	誓約書	○	○	○



○ 添付書類作成についての留意事項

	書類区分	様式番号	書類提出・作成上の留意事項
1	登記事項証明書		申請するサービスが記載されているもの
2	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス毎に様式が異なります。記載方法に注意して作成してください。</li> <li>兼務従業者については、それぞれの勤務時間を明確にしてください。</li> <li>指定基準上、資格要件が定められている従業者は、資格証の写しを添付してください。</li> </ul> ※任意様式での提出も可能ですが、参考様式に記載の内容が確認できるものが必要となります。
3	サービス提供責任者の経歴	任意	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>(1) 介護福祉士登録証の写し</li> <li>(2) 介護職員基礎研修課程修了及び訪問介護に関する1級課程を修了した旨の証明書の写し</li> <li>(3) 訪問介護に関する2級課程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分かる書類</li> </ul>
4	事業所の平面図	参考様式2	<ul style="list-style-type: none"> <li>各部屋の用途及び面積を明示してください。</li> <li>建築確認済証及び防火対象物使用開始届出書等の写しを添付してください。</li> </ul>
5	設備・備品一覧	参考様式3	<ul style="list-style-type: none"> <li>参考様式の備考を参照の上、作成してください。</li> <li>「設備の種類」欄は、消防法その他非常災害に関して必要な設備等の設置状況について記載してください。</li> </ul>
6	運営規程	任意	指定基準上、必要記載事項が定められています。作成の際はご注意ください。
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	参考様式4	重要事項説明書等の記載内容と一致させてください。
8	誓約書	参考様式5	代表者及び事業所の管理者に変更があった場合は、その都度提出が必要です。

3. 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について

萩市総合事業指定事業者が、総合事業費に係る加算等を算定する場合には、それぞれの要件を確認した上で、届出が必要です。(届出が必要なものについて掲載しています。)

- 提出書類：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26）  
 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）  
 ※サービス毎に別様で作成してください。

○ 添付書類は、以下のとおりです。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）の項目ごとに記載しています。

※「通所型サービスA」に該当する加算等はありません。

体制等	添付書類	様式	訪問	通所
LIFE への登録	—		○	○
職員の欠員による減算の状況	①従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ◆人員欠如となる場合はご連絡ください。	参考様式 1	○	○
特別地域加算	—		○	—
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)	—		○	—
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)	—		○	—
若年性認知症利用者受入加算	—		—	○
生活機能向上グループ活動加算	—		—	○
運動器機能向上加算	①従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ②理学療法士等資格証の写し	参考様式 1	—	○
栄養アセスメント・栄養改善体制	①従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ※管理栄養士の配置状況が分かるように記載してください。また、外部との連携により管理栄養士の配置をする場合には、連絡の内容が分かるものを添付すること。 ②管理栄養士の資格証の写し	参考様式 1	—	○
口腔機能向上加算	①従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ②言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員の資格証の写し	参考様式 1	—	○
選択的サービス複数実施加算	—		—	○
事業所評価加算[申出]の有無	—		—	○
サービス提供体制強化加算	①サービス提供体制強化加算に関する届出書	別紙 29	—	○
生活機能向上連携加算	①連携していることが分かるもの（契約書等の写し） ②理学療法士等資格証の写し		—	○
科学的介護推進体制加算	—		—	○
介護職員処遇改善加算	令和4年3月11日付老発0311第4号厚生労働省老健局長通知を参照		○	○
介護職員等特定処遇改善加算			○	○

#### 4. 他法令の確認について

##### (1) 萩市総合事業指定事業者の指定時における他法令に係る確認について

事業所の整備に当たり、建築基準法、消防法、食品衛生法などの手続きが必要となります。それぞれの分野に精通した資格者（行政書士、司法書士、税理士、社会保険労務士等）に事前に相談、確認した上で、各種法令を遵守してください。

また、山口県が定めている「社会福祉施設等の立地に関する指導要綱」の対象区域内に設置する場合は、許可できない場合があります。

##### 【確認項目】

##### ◇消防用設備等検査済証

消防法（昭和23年法律第186号）第17条の3の2の規定に基づき、消防用設備等について消防長又は消防署長により検査を受けたことを証明する「消防用設備検査済証」の交付を受けていること。

ただし、消防用設備等の検査を受けるべきものに限る。

##### ◇建築基準法に係る確認済証

建築基準法（昭和25年法律第201号）第6条の規定に基づき、建築物が建築基準法関連規程に適合するものであることについて建築主事の確認を受けたことを証明する「確認済証」の交付を受けていること。

ただし、建築確認を受けるべきものに限る。

##### ◇食品衛生許可証

食品衛生法（昭和22年法律第223号）第52条の規定に基づき、知事により営業の許可がなされていることを証明する「食品衛生許可証」の交付を受けていること。

ただし、食品衛生法の許可を受けるべきものに限る。

##### 【提出書類】

- ・他法令に関する状況の申出書
- ・各法令の検査済証、確認済証又は許可証の写し

##### (2) 社会保険及び労働保険の加入状況に係る確認について

社会保険（健康保険及び厚生年金保険）については、法人の事業所又は常時5人以上の従業員を使用する適用対象事業の事業主に対して、また、労働保険（労働保険及び雇用保険）については、労働者を使用するすべての事業主に加入義務が課されています。

##### 【提出書類】

- ・社会保険及び労働保険への加入状況に係る確認書
- ・添付書類

◇社会保険（健康保険及び厚生年金保険）

◇社会保険料の領収証書（毎月、年金事務所が事務業主に送付）

◇社会保険料納入証明書（事業主の求めに応じ、年金事務所が発行）

◇社会保険章納入確認書（                    //                    ）

◇健康保険・厚生年金保険資格取得確認及び標準報酬決定通知書

（新規許可時に保険料の支払いが発生していない場合は、本通知書で確認）など

◇労働保険（労働保険及び雇用保険）

労働保険概算・確定保険料申告書、納付書、領収証書、保険関係成立届

### 第3章 指定後の手続き等

#### 1. 事業所番号及び介護予防・日常生活支援総合事業費等の請求届出

##### (1) 事業所番号

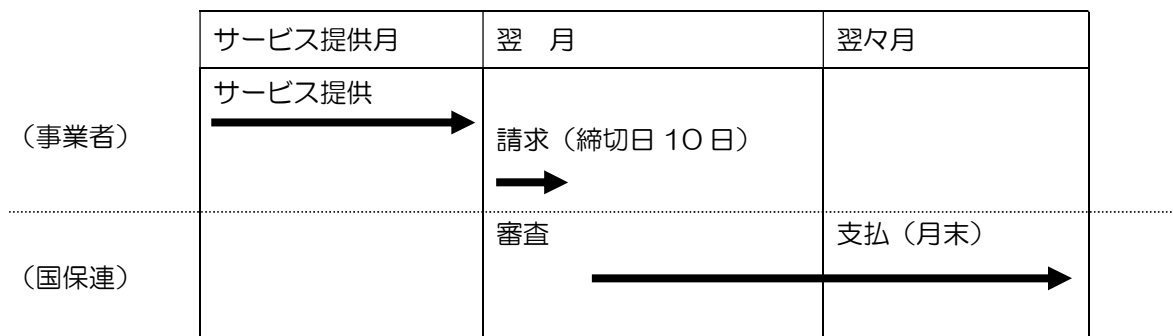
事業所番号は、当該事業所の指定を行った旨と併せて通知します。

##### (2) 介護予防・日常生活支援総合事業費等の請求の届出

介護保険サービス事業所は、介護予防・日常生活支援総合事業費等の請求をする場合には、請求方法や受領する振込口座名等をあらかじめ山口県国民健康保険団体連合会に届け出ることになっています。

届出先	〒753-8520 山口市朝田 1980 番地 7 山口県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護審査班 TEL 083-925-2697 FAX 083-934-3665 E-mail : info@kokuhoren-yamaguchi.or.jp ホームページアドレス : http://www.kokuhoren-yamaguchi.or.jp/
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山口県国民健康保険団体連合会から送付されます。

(参考：介護予防・日常生活支援総合事業費支払までの標準的な事務処理日程)



※ 介護予防・日常生活支援総合事業費の請求についての詳細は、上記の山口県国民健康保険団体連合会にお問い合わせください。

## 2. 変更の手続き

指定を受けたときから変更を生じた場合は、届出の必要があります。

### (1) 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に関するもの

「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」により届出を行っている項目に変更が生じた場合、その変更に関する届出が必要となります。「3. 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について」(6ページ)を参照してください。

他市町村から指定を受けている場合、介護予防・日常生活支援総合事業費に係る体制等に関する届出書は、当該他市町村にも提出してください。提出書類等は、当該市町村に問い合わせてください。

### ○介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等の変更年月日と変更届の提出時期等

	変更年月日	提出時期	提出方法等
加算を算定する場合	翌月1日	変更しようとする月の前月の15日まで	○ 提出 1部 メールでの提出も可。 ○ 申請者控えとして、提出書類一式の写しを保管してください。 ○ 任意様式はA4で作成してください。
加算を算定しなくなる場合	事実が発生した日	変更後直ちに	

注意事項：減算となる場合にも届出が必要です。減算の届出を行わず請求を行った場合は不正請求となり、返還措置を講ずることとなります。

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に関するもの以外

介護保険法施行規則で定める事項に変更があった場合は、変更が生じてから10日以内に変更届の提出が必要です。

変更届出書の様式(第2号様式)は、各サービス共通です。サービスごとに記入してください。

〈変更届出書への標準添付書類等〉

	変更事項	添付書類等	訪問	通所	通所A
1	事業所の名称	<ul style="list-style-type: none"> <li>運営規程</li> <li>図面(事業所の移転を伴う場合)</li> </ul>			
2	事業所の所在地	<ul style="list-style-type: none"> <li>※事業所の電話・FAX番号が変わった場合は、届出書のみ提出してください。</li> <li>写真</li> </ul>	○	○	○
3	申請者の名称	<ul style="list-style-type: none"> <li>登記事項証明書</li> <li>誓約書</li> <li>※代表者の姓、住所又は職名の変更のみの場合は、誓約書は不要。</li> </ul>	○	○	○
4	主たる事務所の所在地				
5	代表者の氏名、生年月日及び住所				
6	登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)	<ul style="list-style-type: none"> <li>登記事項証明書又は条例等</li> </ul>	○	○	○
7	事業所の建物の構造及び平面図並びに設備の概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>平面図</li> <li>※各室の用途を明示してください。</li> </ul>	○	○	○
8	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所	<ul style="list-style-type: none"> <li>従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表</li> <li>◆変更届出書の「変更後」欄の記載内容</li> <li>＜管理者が交代した場合＞ 新しい管理者の氏名、ふりがな、住所を記載してください。</li> <li>＜管理者の登録情報が変更となった場合＞ 変更後の管理者の姓、住所を記載してください。</li> </ul>	○	○	○
9	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>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の経歴</li> <li>※介護福祉士登録証の写し等に代えることが可能</li> <li>※資格証の写し(サービス提供責任者の資格要件を満たす資格証の写しのみで可)</li> </ul>	○	—	—
10	運営規程 【変更事項が以下の①～③のいずれかの場合】 ①従業者の職種、員数及び職務の内容 ②営業日及び営業時間 ③利用定員数	【変更事項が左記の①～③のいずれかの場合】 <ul style="list-style-type: none"> <li>変更後の運営規程</li> <li>従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表</li> <li>(必要に応じて)資格者証の写し</li> </ul>	○	○	○
	【変更事項が上記①～③以外の場合】	【変更事項が左記①～③以外の場合】 <ul style="list-style-type: none"> <li>変更後の運営規程</li> </ul>			

### 3. 指定更新の手続き

指定有効期間は6年間です。更新するためには手続きが必要です。期間満了前に個別の通知は行いませんので、各事業所において遺漏なく、遅延なく手続きをお願いします。

#### (1) 指定更新日

指定期間満了日の翌日となりますので、更新による指定月日の変更はありません。

#### (2) 指定更新できない場合

基準に従って適切な事業運営がされていない場合、過去に指定取り消し処分を受けた場合には、指定更新が受けられません。

また、法人役員等についても、指定更新の欠格事由に該当する場合は、指定更新が受けられません。（欠格事由は、指定の欠格事由と同じです。）

休止中の事業所については、人員及び設備に関する基準を満たしていないので指定更新を受けることはできず、指定の期間満了日をもって指定の効力を失うことになります。

ただし、指定の有効期間満了日までに「再開届」を提出し、基準を満たしていると判断される場合は更新を受けることができます。

#### (3) 指定更新に必要な書類

原則、指定申請と同様の書類が必要となります。申請書については『指定更新申請書（第4号様式）』をご提出ください。（変更がないものは省略できるものがあります。）

**指定更新に必要な書類一覧表**（◎：必須、○変更がない場合は省略可）

		訪問	通所	通所A
1	指定更新申請書<第4号様式>	◎	◎	◎
2	付表 指定に係る記載事項 ・付表1 … 訪問型サービス事業所の指定に係る記載事項 ・付表2 … 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項	◎	◎	◎
3	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 ・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	◎	◎	◎
4	登記事項証明書又は条例等	○	○	○
5	従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表<参考様式1>	○	○	○
6	平面図<参考様式2>	○	○	○
7	設備等一覧表<参考様式3>	○	○	○
8	運営規程	○	○	○
9	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>	○	○	○
10	誓約書<参考様式5>	◎	◎	◎

#### (4) 提出期限

指定有効期間満了日の前月末日までにご提出ください。

#### (5) 提出方法等

提出部数：1部 ※申請者控えとして、提出書類一式の写しを保管してください。

提出方法：メールでの提出も可。

その他：任意様式はA4で作成してください。

#### (6) その他

事業所の所在地以外の市町村から指定を受けている場合には、指定の更新申請が必要となります。当該市町村に更新申請の手続き等について確認してください。

### 4. 廃止・休止・再開の手続き

事業を廃止、休止、再開する場合は届出の必要があります。

廃止・休止届出書及び再開届出書の様式は、各サービス共通です。サービスごとに記入してください。

※指定を受けた法人から別法人に事業が移行する場合は、当該指定を受けた法人の事業所は「廃止」となり、別法人が新たに「指定」の手続きを行うこととなります。

#### (1) 届出様式と提出期限

区分	提出期限	廃止・休止・再開の年月日	届出様式	提出方法等
廃止	廃止予定日の 1ヶ月前	廃止年月日：月の月末	廃止・休止届出書 (第3号様式)	○ 提出 1部 メールでの提出も可。 ○ 申請者控えも 保管してください。
休止	休止予定日の 1ヶ月前	休止開始日：月の初日 休止終了日：月の末日 ※休止期間は6ヶ月以内 ※休止期間の延長は1回だけとし、 当初の休止期間と合わせた休止 期間は1年以内とします。		
再開	再開した日から 10日以内	再開日：月の初日 休止前の状況に変更が生じている 場合は、予め基準を満たしていること を確認してください。また、併せ て変更届の提出が必要となります。		

#### (2) 廃止又は休止の理由について

事業計画に基づくなど正当な理由があること、現にサービスを受けていた者に対する措置について、他の事業者への紹介等を行い、利用者のサービス利用に支障を生じさせることがないことなどを記入してください。

### 5. 指定有効期間短縮の申し出

既に訪問介護、通所介護又は地域密着型通所介護の指定を受け、かつ、これらのサービスと一体的に事業を実施する場合は、指定有効期間をこれらのサービスの指定有効期間までに短縮し、指定更新手続時期を揃えることを可能とします。

指定有効期間の短縮を希望する場合には、指定有効期間の短縮届出書（第6号様式）の提出が必要です。



介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年 月 日

殿 (名称)  
申請者 (代表者の職名・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。

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				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
		Email				
	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					
指定事業受所の種類とす	同一所在地において行う事業等の種類	指定申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(登録)を受けている事業等(該当事業に○)	指定申請をする事業等の開始予定年月日	様式	
	介護予防訪問介護相当サービス				付表1	
	緩和した基準による訪問型サービス					
	介護予防通所介護相当サービス				付表2	
	緩和した基準による通所型サービス					
既に指定(登録)を受けている事業所の種類	訪問介護			/		
	基準該当訪問介護					
	通所介護					
	基準該当通所介護					
	地域密着型通所介護					
介護保険事業所番号	(既に指定又は許可を受けている場合)					
指定を受けている他市町村名						
医療機関コード等	(保険医療機関として指定を受けている場合)					

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



(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	従業員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サービス		<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	



(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	従業員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。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電話	
メールアドレス	



再開届出書

年 月 日

殿  
住所  
申請者 (所在地)  
氏名  
(名称及び代表者氏名)

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	.....
再開した事業所	名称	
	所在地	
サービスの種類		
再開した年月日	年	月 日

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





指定更新申請書

年 月 日

殿 (名称)  
申請者 (代表者の職名・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 ー ) 県 郡市		
	連絡先	電話番号		FAX番号
		Email		
	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 ー ) 県 郡市			
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 ー ) 県 郡市		
	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 ー ) 県 郡市			
管 理 者	フリガナ 氏名	-----	生年月日	
	住所	(郵便番号 ー ) 県 郡市		

別添 1 誓約書(参考様式5)

## 指定有効期間の短縮申出書

年 月 日

萩市長 あて

所在地  
申出者 名称  
代表者氏名

このことについて、年 月 日付指定(更新)申請に係る介護予防・日常生活支援総合事業の第1号指定事業所の指定の際には、以下のとおり指定有効期間の短縮を申し出ます。

指定を受ける第1号事業の種類	<input type="checkbox"/> 訪問介護員等によるサービス(A2) <input type="checkbox"/> 通所介護事業者の従業者によるサービス(A6) <input type="checkbox"/> 通所型サービスA(A7)										
事業所名											
事業所番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
事業所の所在地											
当該事業と同一の事業所において一体的に運営する指定訪問介護事業者、指定通所介護事業者又は指定地域密着型通所介護事業者の指定有効期間満了日(※)	年 月 日										

※指定(更新)通知書の写しを添付してください。

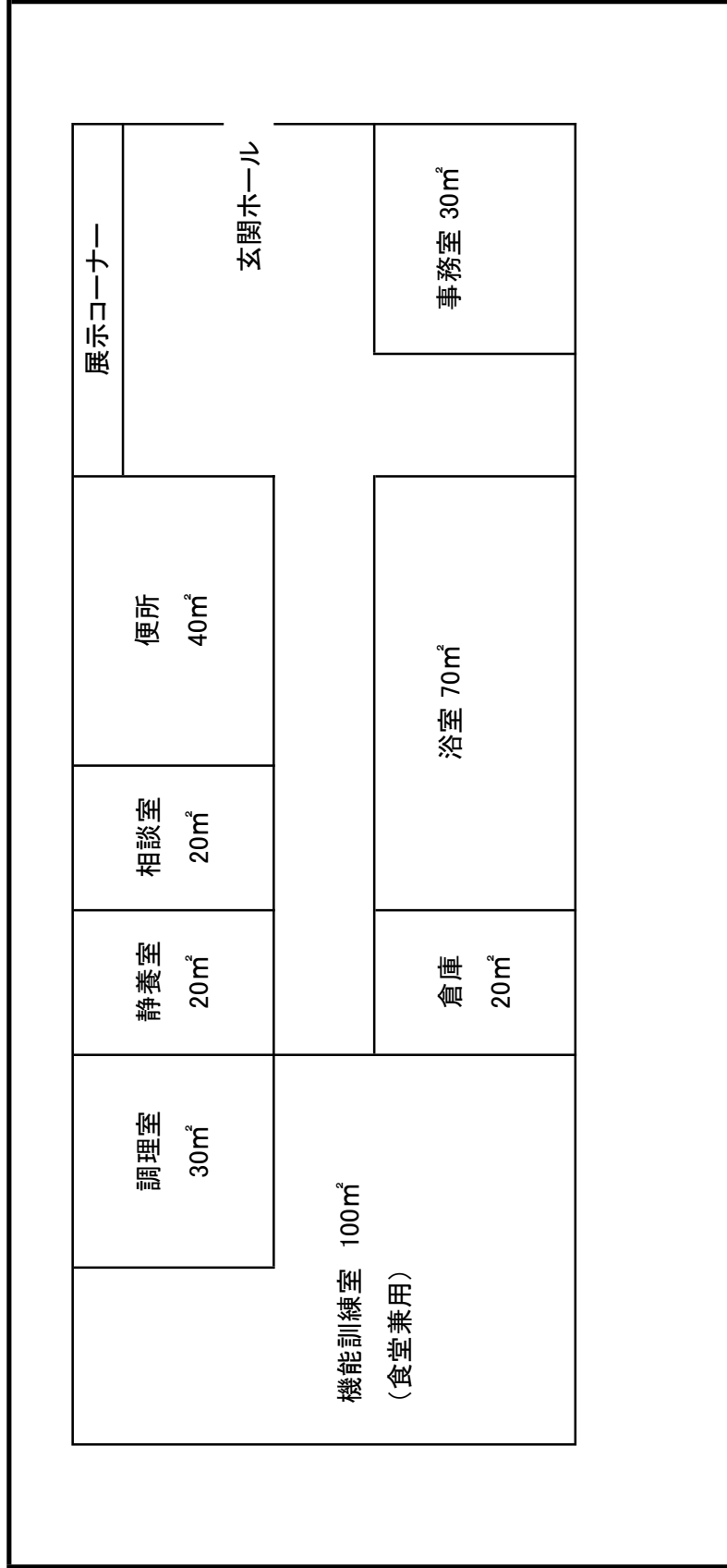






(参考様式2)  
平面図

	事業所名
--	------



- 備考 1 必ずしも本様式によらず、各室の用途及び面積の分かるものであれば、既存の平面図等をもって提出書類として差し支えありません。
- 2 各室の用途及び面積を記載してください。
- 3 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3)

**設備等一覧表**

サービス種類 ( )

事業所名 ( )

チェック欄	設備の種類	設備基準上適合すべき項目
	(例)消火設備その他非常災害に際して必要な設備	

備考

- 1 申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、付表及び平面図で確認できる項目以外の事項について記載してください。
- 2 「設備の種類」及び「設備基準上適合すべき項目」については、予め指定権者が、サービス毎に確認すべき内容を本様式に記載し、申請者が「チェック欄」を記入して提出する形とすることを推奨します。

(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してください。



## 誓約書

年 月 日

殿

申請者 (名称)

(代表者の職名・氏名)

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
- ニ 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。)

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>

令和 年 月 日

市町村長 殿

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 ー ) 県 群市				
	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	
事業所・施設 の状況	代表者の住所	(郵便番号 ー ) 県 群市				
	主たる事業所・施設の 所在地	(郵便番号 ー ) 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 ー ) 県 群市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
届出を行う 事業所・ 施設の 種類	管理者の氏名					
	管理者の住所	(郵便番号 ー ) 県 群市				
	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。



〔 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) 〕

1 事業所名	
2 異動区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了
3 届出項目	<input type="checkbox"/> 1 サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) <input type="checkbox"/> 3 サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)

## 5 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 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。

## 他法令に関する状況の申出書

年 月 日

山口県知事 様

申出者 住 所  
(開設者)氏 名  
(電 話 )

他法令に関する状況については、下記のとおり申し出ます。

### 記

事業所又は施設	名 称										
	所 在 地										
建築基準法	<input type="checkbox"/> 新築等の場合	<input type="checkbox"/> 建築基準法に基づく建築確認を受け、確認済証を添付している。 (自己所有、賃貸を問わない)									
	<input type="checkbox"/> 改修等の場合	<input type="checkbox"/> 建築基準法の手続きが必要かどうか建築基準法を所管する部に確認している。 <input type="checkbox"/> 確認済証を添付している。 <input type="checkbox"/> 手続きが不要 ⇒									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">確認日時</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>確認部局名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>不要と判断された理由※</td> <td></td> </tr> </table>		確認日時	年 月 日	確認部局名		不要と判断された理由※		※理由を具体的に記載してください。		
確認日時	年 月 日										
確認部局名											
不要と判断された理由※											
消防法	消防用設備	<input type="checkbox"/> 消防法の手続きが必要かどうか消防署に確認している。 <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済証を添付している。 <input type="checkbox"/> 手続きが不要 ⇒									
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">確認日時</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>消防署名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>不要と判断された理由※</td> <td></td> </tr> </table>		確認日時	年 月 日	消防署名		不要と判断された理由※		※理由を具体的に記載してください。	
確認日時	年 月 日										
消防署名											
不要と判断された理由※											
食品衛生法		<input type="checkbox"/> 開設者が社会福祉法人・医療法人・行政のため、「営業」に該当しない。 <input type="checkbox"/> 食品衛生法の手続きが必要かどうか保健所に確認している。 <input type="checkbox"/> 食品衛生許可証を添付している。 <input type="checkbox"/> 手続きが不要 ⇒									
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">確認日時</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>保健所名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>不要と判断された理由※</td> <td></td> </tr> </table>		確認日時	年 月 日	保健所名		不要と判断された理由※		※理由を具体的に記載してください。	
確認日時	年 月 日										
保健所名											
不要と判断された理由※											

注 1 申出者の住所及び氏名は、法人にあっては、その主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。  
 2 該当する項目の□に✓をすること。



