

指定介護予防・日常生活支援総合事業事業所

A 6 指定を受ける場合、本申請書を記載の上提出してください。

指定申請書

令和6年5月20日

東近江市市長殿

所在地 滋賀県東近江市八日市緑町10番5号

申請者 名称 社会福祉法人 東近江市

代表者職名・氏名 理事長 東近江 太郎

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。

		法人番号				
申請者	フリガナ	シャカイフクシホウジン ヒガシオウミシ				
	名称	社会福祉法人 東近江市				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 527 - 8527 ) 滋賀 都道府県 東近江		市区町村 八日市緑町10番5号		
	連絡先	電話番号	0748-24-5678 (内線)	FAX番号	0748-24-1052	
		Email	chojufu@city.higashiomi.lg.jp			
	法人等の種類	社会福祉法人				
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ氏名	ヒガシオウミ タロウ 東近江 太郎	生年月日	1960年1月1日
	代表者の住所	(郵便番号 527 - 8527 ) 滋賀 都道府県 東近江		市区町村 八日市緑町10番5号		
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に☑ <input type="checkbox"/>						
指定事業を受けようとする種類	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	A 6 の指定を受ける場合こちらにこちらにチェック及び記入をしてください。			付表第三号(一)	
	緩和した基準による訪問型サービス(定率)					
	緩和した基準による訪問型サービス(定額)					
	介護予防通所介護相当サービス	○		2024年6月1日	付表第三号(二)	
	緩和した基準による通所型サービス(定率)		○			
緩和した基準による通所型サービス(定額)						
既に指定(登録)を受けている事業所の種類(該当に○)	訪問介護			付表第三号(二)を併せて提出してください。 運営規程等変更がある場合は併せて変更届も提出してください。		
	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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	(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	東近江市					
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

- 「指定申請対象事業等」「既に指定(登録)を受けている事業等」の欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 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。
- 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
- 指定を受けようとする事業所の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。

付表第三号 (二) 通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項 (例)

サービス種類 (該当に○)	介護予防通所介護相当サービス	<input checked="" type="radio"/>	緩和した基準による通所型サービス	定率	<input type="text"/>					
				定額	<input type="text"/>					
事業所	法人番号									
	フリガナ	ヒガシオウミシデイサービス								
	名称	東近江市デイサービス								
	所在地	(郵便番号 527 - 8527 ) 滋賀 都 道 東近江 市 区 八日市緑町10番5号 府 県 町 村								
	連絡先	電話番号 0748-24-5678 (内線)	FAX番号	0748-24-1052						
	Email	chojufu@city.higashiomi.lg.jp								
管理者	フリガナ	ヒガシオウミ ハナコ	住所	(郵便番号 527 - 8527 )						
	氏名	東近江 花子		東近江市八日市緑町10番5号						
	生年月日	1970年1月1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)			介護職員						
	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									
○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		70.00 m <sup>2</sup>	利用定員 (同時利用)		15 人					
サービス提供単位 1	○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)	1				1	1			
	非常勤 (人)			1		2		1		
	○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)		12/29から1/3までは除く							
	営業時間		8 : 30		~		17 : 15			
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		9 : 00		~		16 : 00				
利用定員		15 人								
サービス提供単位 2	○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	以下サービス提供単位が2以上ある場合御記入ください。					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								

- 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次頁の記入欄不足時の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従業者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。

(別紙50)

(例) A6は提出必須です。A7は処遇改善加算新加算算定される場合提出必須です。算定に係る体制等状況一覧表も添付してください。

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

令和 6 年 5 月

東近江市市長 殿

所在地 滋賀県東近江市八日市緑町10番5号

名称 社会福祉法人 東近江市

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	シャカイフクイホウジン ヒガシオウミシ 社会福祉法人 東近江市				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 527 - 8527 ) 滋賀 県 東近江 市 八日市緑町10番5号				
	連絡先	電話番号	0748-24-5678	FAX番号	0748-24-1052	
	法人の種類別	法人所轄庁				
	代表者の職・氏名	職名	理事長	氏名	東近江 太郎	
	代表者の住所	(郵便番号 527 - 8527 ) 滋賀 県 東近江 市 八日市緑町10番5号				
事業所・施設の状況	フリガナ 事業所・施設の名称	ヒガシオウミシデイサービス 東近江市デイサービス				
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 527 - 8527 ) 滋賀 県 東近江 市 八日市緑町10番5号				
	連絡先	電話番号	0748-24-5678	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	東近江 花子				
管理者の住所	(郵便番号 527 - 8527 ) 滋賀 県 東近江 市 八日市緑町10番5号					
届出を行う事業所・施設の種類の	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		
	訪問型サービス(独自・定額)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更		
	通所型サービス(独自)	<input type="radio"/>	2024年6月1日	<input checked="" type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	2024年6月1日	
	通所型サービス(独自・定率)	<input type="radio"/>	2019年4月1日	<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	2024年6月1日	一覧表のとおり
介護保険 特記事項	引き続きA7の指定を受ける場合、変更に必要なとする場合、終了にチェックをしてください。			変更後 A6の指定に伴う新規算定 A7の加算変更に伴う変更		
	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 「法人の種類別」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。

(別紙1-4-2) (通所型)

(例)

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

算定に係る体制等に関する届出書に添付し提出してください。

事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その 他 該 当 す る 体 制 等				LIFEへの登録	割引			
<input checked="" type="checkbox"/> A6 通所型サービス（独自）			職員の欠員による減算の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 看護職員	<input type="checkbox"/> 3 介護職員	<input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり			
			高齢者虐待防止措置実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input checked="" type="checkbox"/> 2 基準型						
			業務継続計画策定の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input checked="" type="checkbox"/> 2 基準型						
			若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input checked="" type="checkbox"/> 2 あり						
			生活機能向上グループ活動加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input checked="" type="checkbox"/> 2 あり						
			栄養アセスメント・栄養改善体制	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり						
			口腔機能向上加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり						
			一体的サービス提供加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり						
			サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ	<input checked="" type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ			<input type="checkbox"/> 6 加算Ⅲ		
			生活機能向上運携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ					
			科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input checked="" type="checkbox"/> 2 あり						
			介護職員等処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> C 加算V(2) <input type="checkbox"/> G 加算V(6) <input type="checkbox"/> L 加算V(10) <input type="checkbox"/> R 加算V(14)		<input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> D 加算V(3) <input type="checkbox"/> H 加算V(7) <input type="checkbox"/> M 加算V(11) <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ <input type="checkbox"/> E 加算V(4) <input type="checkbox"/> J 加算V(8) <input type="checkbox"/> N 加算V(12)			<input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> B 加算V(1) <input type="checkbox"/> F 加算V(5) <input type="checkbox"/> K 加算V(9) <input type="checkbox"/> P 加算V(13)		
			<input checked="" type="checkbox"/> ※新加算となりますので御注意ください。								
			<input type="checkbox"/> A7 通所型サービス（独自・定率）		<input type="checkbox"/> 現行相当  <input type="checkbox"/> 緩和	職員の欠員による減算の状況			<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 看護職員	<input type="checkbox"/> 3 介護職員
高齢者虐待防止措置実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 2 基準型									
業務継続計画策定の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 2 基準型									
若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり									
生活機能向上グループ活動加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり									
運動器機能向上体制	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり									
栄養アセスメント・栄養改善体制	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり									
口腔機能向上加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり									
事業所評価加算〔申出〕の有無	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 3 あり									
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ				<input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ	<input type="checkbox"/> 6 加算Ⅲ				
生活機能向上運携加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ				<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ					
科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり									
介護職員等処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> C 加算V(2) <input type="checkbox"/> G 加算V(6) <input type="checkbox"/> L 加算V(10) <input type="checkbox"/> R 加算V(14)					<input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> D 加算V(3) <input type="checkbox"/> H 加算V(7) <input type="checkbox"/> M 加算V(11) <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ <input type="checkbox"/> E 加算V(4) <input type="checkbox"/> J 加算V(8) <input type="checkbox"/> N 加算V(12)		<input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> B 加算V(1) <input type="checkbox"/> F 加算V(5) <input type="checkbox"/> K 加算V(9) <input type="checkbox"/> P 加算V(13)			
<input type="checkbox"/> 引続きA7の指定を受ける場合で処遇改善加算の新加算を算定される場合はこちらの欄にもチェックを行ってください。											

備考 1 「割引」を「あり」と記載する場合は「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」（別紙37）を添付してください。

2 「サービス提供体制強化加算」については、「サービス提供体制強化加算に関する届出書」（別紙38）を添付してください。

(例)

廃止・休止届出書

A 7 の事業を実施しない場合は廃止届出書の提出をしてください。

令和6年 5 月 20 日

市(区・町・村)長殿

所在地 滋賀県東近江市八日市緑町10番5号

申請者 名称 社会福祉法人 東近江市

代表者職名・氏名 理事長 東近江 太郎

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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
		法人番号										
廃止(休止)する事業所	名称	東近江デイサービス										
	所在地	滋賀県東近江市八日市緑町10番5号										
サービスの種類	緩和した基準による通所型サービス(定率)と記載してください。	緩和した基準による通所型サービス(定率)										
廃止・休止の別		<input type="checkbox"/> 廃止 ・ <input type="checkbox"/> 休止										
廃止・休止する年月日	廃止予定年月日を記載してください。	令和6 年 5 月 31 日										
廃止・休止する理由		当該基準のサービス提供を行わないため。										
現にサービスを受けている者に対する措置		介護予防通所介護相当サービス(A6)へ移行										
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月前までに届け出てください。