

指定手続に関する内容まとめ

現在の指定内容	平成30年度からの指定内容	指定手続	短縮意向の確認	算定体制に関する届出
A1：訪問介護相当サービス（みなし） 平成27年3月31日より前に介護予防訪問介護事業者としての指定を受けていた事業者	A2：訪問介護相当サービス パターン1 訪問介護員による入浴、排泄、食事等の介助である身体介護及び掃除、洗濯等の生活援助 パターン2	必要 指定手続時に同時提出すること。		
A2：訪問介護相当サービス（独自） 平成27年3月31日より後に介護予防訪問介護事業者としての指定を受け、平成29年4月以降に本市から指定第1号事業の指定を受けた事業者	訪問介護員による掃除、洗濯等の生活援助	不要 ※A4へ変更する場合は必要です		不要 パターン1、2双方の届出があったものとみなします。A4へ変更する場合は必要です。
A5：通所介護相当サービス（みなし） 平成27年3月31日より前に介護予防通所介護事業者としての指定を受けていた事業者	A7：介護予防通所サービス パターン1 入浴介助、身体介護及び機能訓練を5時間以上連続して提供する。 パターン2	必要 指定手続時に同時提出すること。		
A6：通所介護相当サービス（独自） 平成27年3月31日より後に介護予防通所介護事業者としての指定を受け、平成29年4月以降に本市から指定第1号事業の指定を受けた事業者	生活機能向上のための機能訓練や生きがい活動を3時間以上5時間未満で行う パターン3 生活機能向上のための機能訓練や生きがい活動を2時間以上3時間未満で行う	不要		必要 どのパターンを算定するかに関わらず平成29年3月15日までに提出してください。

様式第1号（第3条関係）

受付番号	
------	--

東近江市介護予防・日常生活支援総合事業事業者指定申請書

年 月 日

東近江市長 様

所在地
申請者 名 称
代表者氏名

㊞

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。

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 -) (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 -)				
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	事業所等の所在地	(郵便番号 -)				
	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・日常生活支援総合事業 指定第1号事業	第1号訪問事業（訪問介護相当）				付表1
		第1号訪問事業（介護予防生活支援）				付表1
		第1号通所事業（介護予防通所）				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						
医療機関コード等						

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。
- 7 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。

付表 1

第 1 号訪問事業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 —) 県 郡市				
		(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		
併設事業所の種別、名称			事業所番号			
管 理 者	フリガナ			住所	(郵便番号 —)	
	氏 名					
	生年月日					
	訪問介護員等との兼務の有無			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 (兼務の場合のみ記入)	名称			事業所番号	
兼 務 す る 職 種 及 び 勤 務 時 間 等						
従業者の職種・員数		訪問介護員				
		専従	兼務			
	常 勤 (人)					
	非常勤 (人)					
	基準上の必要人員 (人)					
	適合の可否					
主 な 掲 示 事 項	営業日	単位ごとの営業日				
	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				

- 備考 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」、「適合の可否」欄は、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、営業時間等を別葉にして記載してください。また、従業者については、この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 2

第 1 号通所事業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 —)							
		県 郡市							
		(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				
併設事業所の種別、名称				事業所番号					
管 理 者	フリガナ			住所	(郵便番号 —)				
	氏 名								
	生年月日								
	当該第 1 号通所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				事業所番号		
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)									
基準上の必要人員 (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			
				m ²		m ² 以上			
主 な 掲 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							
	食事の提供に要する費用								
通常の事業実施地域									
添付書類		別添のとおり							

- 備考 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 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 従業者の員数については、総数を記載してください。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。

受付番号	
------	--

総合事業指定申請に係る添付書類一覧
(第1号訪問事業)

事業所の名称	
--------	--

番号	添付書類	申請する事業の種類			備考
		訪問介護相 当サービス	介護予防 生活支援 サービス		
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				
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表				参考様式1
3	管理者・サービス提供責任者経歴書 (介護予防生活支援サービスについては管理者経歴書のみ)				参考様式2
4	事業所の平面図				参考様式3
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				参考様式5
7	当該申請に係る資産の状況				
8	総合事業の請求に関する事項				指定様式
9	法第115条の45の5第2項に該当しないことを誓約する 書面				参考様式7
10	役員の氏名等				参考様式7
11	暴力団等の排除に係る誓約書兼承諾書				参考様式8

備考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。

受付番号	
------	--

総合事業指定申請に係る添付書類一覧
(第1号通所事業)

事業所の名称	
--------	--

番号	添付書類	申請する事業の種類			備考
		介護予防通所サービス			
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				
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表				参考様式1
3	管理者・生活相談員経歴書 (現行相当でない場合は生活相談員の経歴書は不要)				参考様式2
4	事業所の平面図				参考様式3
5	設備・備品等に係る一覧表				参考様式4
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				参考様式5
8	サービス提供実施単位一覧表				参考様式6
9	当該申請に係る資産の状況				
10	総合事業の請求に関する事項				
11	法第115条の45の5第2項に該当しないことを誓約する書面				参考様式7
12	役員の氏名等				参考様式7
13	暴力団等の排除に係る誓約書兼承諾書				参考様式8

備考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3)

平面図

事業所・施設の名称	
-----------	--



- 備考 1 各室の用途及び面積を記載してください。
- 2 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4)

設備・備品等一覧表

サービス種類()

事業所名()

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、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、「居室面積等一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。

2 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。

3 「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5)

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。

(参考様式6)

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第1号事業支給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

東近江市長 様

所在地
名称
代表者の氏名
印

このことについて、関係書類を添えて次のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号	25213
-------------	-------

届出者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)				
	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 -)				
事業所の状況	フリガナ					
	事業所の名称					
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 -)				
	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 -)				
	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 -)					
届出を行う事業等	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定(予定)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)
	訪問介護相当サービス			1 新規 2 変更 3 終了		
	介護予防生活支援サービス			1 新規 2 変更 3 終了		
	介護予防通所サービス			1 新規 2 変更 3 終了		
事業所番号						
医療機関コード等				(指定または許可を受けている場合)		
特記事項	変更前			変更後		
関係書類		別紙のとおり				
		記入者		連絡先		

- 備考
- 「受付番号」欄には記入しないでください。
 - 「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。
 - 「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入してください。
 - 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 - 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字を「○」で囲んでください。
 - 「異動項目」欄には、変更の場合に別紙「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。
 - 「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。
 - 「主たる事業所の所在地以外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。

(参考様式7)

介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

東近江市長 様

所在地
申請者

名 称

代表者名

印

住 所

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

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1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って、次のいずれかに該当するものとする。

(1) 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）附則第二条第三号若しくは第四条第三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

(2) 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。）

役員等名簿			
(ふりがな) 氏名	生年月日	(ふりがな) 住所	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 8)

暴力団等の排除に係る誓約書兼承諾書

年 月 日

東近江市長 様

所在地

申請者

名称

代表者名

㊟

住所

私は、介護保険法に基づく指定等に当たり、下記の項目の要件に該当しないことを誓約するとともに、下記に該当するか否かに関し、東近江市が滋賀県警察本部に必要な照会をすることについて承諾します。

なお、申請後において、該当していることが判明したとき及び該当する事態になったときは、速やかに貴職宛申し出るとともに、指定等を取り消されることがあっても、何ら異議のないことを誓約します。

記

- 1 自己又は自社若しくは自社の役員等が、次のいずれにも該当する者ではありません。
 - (1) 暴力団(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成 3 年法律第 77 号。以下「法」という。)第 2 条第 2 号に規定する暴力団をいう。以下同じ。)
 - (2) 暴力団員(法第 2 条第 6 号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。)
 - (3) 自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を与える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用している者
 - (4) 暴力団又は暴力団員に対して資金等を供給し、又は便宜を供与するなど、直接的若しくは積極的に暴力団の維持・運営に協力し、又は関与している者
 - (5) 暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者
 - (6) 前各号のいずれかに該当する者であることを知りながら、これを不当に利用するなどしている者

- 2 1 の(2)から(6)までに掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体ではありません。

指定有効期間短縮に関する意向調査表

事業者名

事業所名称 《 事 業 所 名 》□

事業所住所

担当者氏名

連絡先

質問 1 現在通所介護及び地域密着型通所介護、又は訪問介護の指定を受けていますか？

- 回答 受けている。
 受けていない。

質問 2 質問 1 で受けていると回答した事業所に質問します。
当該事業の指定有効期間満了日はいつですか？

回答 平成 年 月 日 （通所介護・地域密着型通所介護・訪問介護）

質問 3 東近江市では、事業所の希望に応じ指定有効期間を質問 2 で回答した期間と合わせることができます。貴事業所の現行相当サービスの指定有効期間についてどのような取扱いを希望されますか？

- 回答 質問 2 で回答した期日と合わせ、指定期間の短縮を希望する。
 指定期間の短縮を希望しない。

この意向調査に基づき指定有効期間を決定します。