

付表1

訪問型サービスの指定(更新)申請に係る付表

受付番号 ※

事業所	フリガナ 名称	-----										
	所在地	〒										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
指定申請に係る事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項 第 条 第 項												
事業所の形態(訪問型サービスAの指定の申請の場合のみ記入する) <input type="checkbox"/> 一体型 <input type="checkbox"/> 単独型												
管理者	フリガナ 氏名	-----					生年月日	年 月 日				
	住所	〒										
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務する場合のみ記入する)											
	同一敷地内の他の事業所 又は施設での兼務について (兼務する場合のみ記入する)			事業所等名称					勤務時間	週	時間	
サービス提供 責任者	フリガナ	-----					住所	〒				
	氏名											
	フリガナ	-----					住所	〒				
	氏名											
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)												
主な 揭示 事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	年間の休業日		
	営業時間	月~金曜日	-----				土曜日	-----		/		
		日曜日	-----				祝日	-----				
	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												

「記入上のお願い」

- 1 太枠※印欄は、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 「事業所の形態」欄は、指定訪問介護事業所と一体的に実施する場合は「一体型」の口にレ印を記入してください。
- 4 食費等及びその他費用を徴収する場合は、その積算根拠を別に作成してください。

付表1の別紙1

訪問型サービスの指定(更新)申請に係る付表
(事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の付表)

受付番号 ※

事業所	フリガナ											
	名称											
一部事業施設数		施設										
事業の一部実施する施設	フリガナ											
	名称											
	所在地	〒										
	連絡先	電話番号							FAX番号			
	定員	人										
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	年間の休業日		
	営業時間	月～金曜日	～						土曜日	～		
日曜日		～						祝日	～			
サービス提供時間(送迎時間を除く)											※	
サービス提供責任者	フリガナ							住所	〒			
	氏名											
	フリガナ							住所	〒			
	氏名											
従業者の職種・員数		訪問介護員等(※1)										
		専従	兼務									
		常勤(人)										
		非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)												

太枠※は、記入しないでください。

事業所の(管理者・サービス提供責任者)経歴書

事業所の名称			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	〒		(電話番号)
当該管理者が管理する事業所・施設が複数ある場合は、「事業所の名称」欄にそのすべてを記入してください。			
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		資格取得年月日	
備考(研修等受講の状況)			

- 1 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。
- 2 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」の欄を適宜拡張して、そのすべてを記入してください。
- 3 研修が義務付けられている職種については、備考欄に受講した研修名を記載するとともに、修了証等の写しを添付してください。
- 4 主な職歴等欄には、指定後に従事する職務についても記載してください。

参考様式3

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

申請するサービスの種類	
事業所の名称	

措 置 の 概 要
<p>利用者からの苦情に対する対応方針</p> <p>円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順</p> <p>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</p> <p>その他特記事項</p>

参考様式4

従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表

年 月分

サービス種類 (訪問型サービス)
 事業所の名称 ()

職種	勤務	資格	氏名	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	29	30	31	月間の合計	週の平均勤務時間		
管理者																																					0	0
																																					0	0
																																					0	0
																																					0	0
																																					0	0
																																					0	0
																																					0	0
																																					0	0
																																					0	0
																																					0	0
																																					0	0
																																					0	0
																																					0	0

常勤職員が勤務すべき1週あたりの勤務時間(就業規則等で定められた1週あたりの勤務時間) : 時間(1週当たり)

備考(必ず一読してください。)

- 1 事業に従事する介護従業者全員(管理者を含む)の事業開始日を含むひと月分の勤務すべき時間数を記入してください。(30分は0.5として記入)
- 2 勤務形態は次により、アルファベットを記入してください。 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
- 3 1人の職員が、複数の職種を兼務する場合は(例:管理者と介護職員等)、各職種で勤務する時間を按分して記載してください(記入例参照)。
- 4 従業者が兼務する場合(管理者と介護職員など)、それぞれの職種で勤務時間を按分し、記入してください。(記入例参照)
- 5 資格欄は、有する資格について名称(看護師、介護福祉士など)を記入してください。
- 6 日にちの下欄には、当該月の曜日を記入してください。

(記入例)

職種	勤務	資格	氏名	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	29	30	31	月間の合計	週の平均勤務時間	
				月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	月	火	水	木	金	土	日			月
管理者	A	介護福祉士	標茶花子	2	2	2	2	2			2	2	2	2	2			2	2	2	2	2			2	2	2	2	2			2	2			44	10
介護職員	A	介護福祉士	標茶花子	6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6			132	30

管理者として勤務する時間と介護職員として勤務する時間を按分してください。

介護保険法(平成9年法律第123号)第115条の45の5第2項に該当しない旨の誓約書

年 月 日

標茶町長

申請者 所在地

名称

代表者氏名

印

申請者(役員等を含む)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年厚生労働省令第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

ニ 市町村長は、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。)

参考様式6

事業計画書

(年 月～ 年 月)

サービスの種類	<input type="checkbox"/> 国基準訪問型サービス	<input type="checkbox"/> 訪問型サービスA
事業所の名称		

1 事業の目的

2 事業の開始年月日

年 月 日

3 月別状況

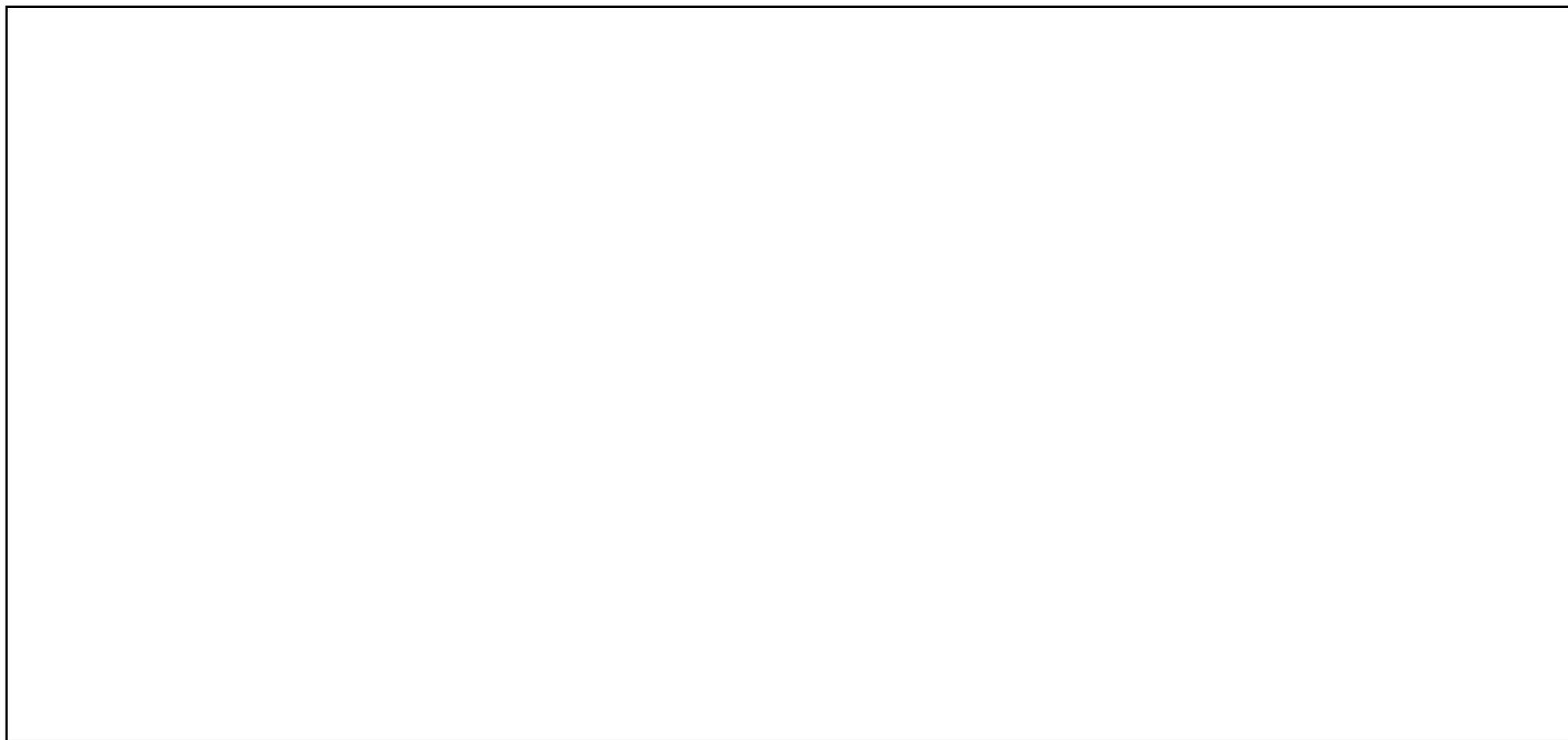
年															合計	月平均
月																
延べ利用人数 見込(人)															0	0
人員見込(人)															0	0

- 1 年月は、事業開始月より12か月分で作成してください。
- 2 「延べ利用人数見込」欄には、各月の利用人数(その月における各利用者の延べ利用回数の合計)の見込を記入してください。
例) 1日の利用人数平均10人×その月の営業日数25日=250人(延べ利用人数見込)
- 3 「人員見込」欄には、各月に配置される従業者(管理者を含む)の実人員を記入してください。

参考様式

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やすく表示してください。

雇 用 証 明 書

被雇用者氏名			
被雇用者生年月日		年 月 日	
雇用(予定)年月日		平成 年 月 日	
勤務事業所	名 称		
	所在地		
	勤務開始日	年 月 日	※指定更新時は記載不要
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	兼務する職種及び勤務時間等	
<p>雇用内容については、上記のとおりであることを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">法人所在地</p> <p style="text-align: center;">雇 用 者 (開 設 者)</p> <p style="text-align: center;">法人名</p> <p style="text-align: right;">代表者役職・氏名 印</p>			

<p>上記のとおり、相違ありません。</p> <p>平成 年 月 日 (自署)</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">被雇用者</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p>			
--	--	--	--

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。
 ※新規指定の場合は、「勤務事業所」、「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」には指定日以降に予定されているものを記載してください。