

付表1 - 1
介護予防・日常生活支援総合事業(第1号訪問事業)の指定に係る記載事項

今回申請するサービスにチェック印を付けてください。

事業所	フリガナ													
	名称													
	所在地	(郵便番号 -)												
	連絡先	電話番号							FAX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)												
	兼務する同一敷地内の 他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)	事業所等名称												
		兼務する職種 及び勤務時間等												
訪問事業 責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)							
	氏名													
	(サービス 提供責任者)	サービス提供責任者との兼務の有無 (有・無)												
	フリガナ					住所	(郵便番号 -)							
	氏名													
	サービス提供責任者との兼務の有無 (有・無)													
従業者			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	その他年間の 休日				
	営業時間	平日							土曜			日曜・祝日		
		備考												
	利用料	法定代理受領分	介護報酬告示上の額又は町が定めた額の1割～3割(負担割合証の割合に準ずる)											
		法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額又は町が定めた額の1割～3割(負担割合証の割合に準ずる)											
	その他の費用													
通常の事業 実施地域	備考													
添付書類	別添のとおり													

- 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別様に記載した書類を添付してください。
 2 サービス提供責任者が3名以上の場合は付表1 - 1別紙「サービス提供責任者一覧」を提出してください。

(付表1 - 1別紙)

訪問事業責任者(サービス提供責任者)一覧

氏 名		住所
フリガナ		(郵便番号 -)
氏 名		サービス提供責任者との兼務の有無 (有 ・ 無)
フリガナ		(郵便番号 -)
氏 名		サービス提供責任者との兼務の有無 (有 ・ 無)
フリガナ		(郵便番号 -)
氏 名		サービス提供責任者との兼務の有無 (有 ・ 無)
フリガナ		(郵便番号 -)
氏 名		サービス提供責任者との兼務の有無 (有 ・ 無)
フリガナ		(郵便番号 -)
氏 名		サービス提供責任者との兼務の有無 (有 ・ 無)
フリガナ		(郵便番号 -)
氏 名		サービス提供責任者との兼務の有無 (有 ・ 無)
フリガナ		(郵便番号 -)
氏 名		サービス提供責任者との兼務の有無 (有 ・ 無)
フリガナ		(郵便番号 -)
氏 名		サービス提供責任者との兼務の有無 (有 ・ 無)
フリガナ		(郵便番号 -)
氏 名		サービス提供責任者との兼務の有無 (有 ・ 無)

備考 サービス提供責任者が3名以上の場合は、この様式をお使いください。

付表1 - 2 介護予防・日常生活支援総合事業(第1号訪問事業)を事業所所在地以外の
 場所で一部実施する場合の記載事項等

事業所	フリガナ																								
	名称																								
	所在地	(郵便番号 -)																							
	連絡先	電話番号						FAX番号																	
従業者			サービス提供責任者				訪問介護員				/		/		/		/								
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務											
	常勤(人)																								
	非常勤(人)																								
常勤換算後の人数(人)																									
主な 掲 示 事 項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の															
										休日															
	営業時間	平日	~		土曜日	~		日曜・祝日	~																
		備考																							
通常の事業													/												
実施地域	備考																								

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別様に記載した書類を添付してください。
 2 「常勤換算後の人数」欄は、小数点第1位までを記入してください。

付表2 - 1 介護予防・日常生活支援総合事業(第1号通所事業)の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ															
	名称															
	所在地	(郵便番号 -)														
	連絡先	電話番号						FAX番号								
管理者	フリガナ						住所	(郵便番号 -)								
	氏名															
	生年月日	年	月	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)															
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合のみ記入)			事業所等名称												
				兼務する職種及び勤務時間等												
	(主たる)事業所の実施単位数			単位	(主たる)事業所で同時に通所介護を行う利用者の上限					人						
(主たる)通所介護事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積											m ²					
事業所で同時に通所介護を行う利用者の上限(主たる通所介護事業所と出張所の合計)											人					
病院・診療所・訪問看護ステーションと連携している場合の連携先																

当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積											人					m ²				
1 単位目	単位別従業者		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無									
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務										
		常勤(人)										有・無								
		非常勤(人)																		
	主な 掲示 事項	定員	人																	
		営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日									
		営業時間	平日	~		土曜		~		日曜・祝日		~								
			サービス提供時間																	
	備考																			
	主な 掲示 事項	利用料	法定代理受領分			介護報酬告示額の1割~3割(負担割合証の割合に準ずる)														
法定代理受領分以外			介護報酬告示額																	
その他の費用																				
通常 の事業 実施 地域																				
	備考																			
添付書類		別添のとおり																		

- 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別様に記載した書類を添付してください。
 - 2 「主な掲示事項」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。
 - 3 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、「付表2 - 1(別紙)」に記載し、添付してください。
 - 4 従業員の員数については、総数を記載してください。
 - 5 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表2 - 1(別紙) 介護予防・日常生活支援総合事業(第1号通所事業)の指定に係る記載事項(2単位目以降)

事業所	フリガナ																		
	名称																		
2 単位目	当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積																人	m ²	
	単位別従業者			生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無							
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務								
	常勤(人)																		
	非常勤(人)																	有・無	
	主な揭示事項	定員		人															
		営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日							
		営業時間		平日	~		土曜		~		日曜・祝日	~							
				サービス提供時間															
			備考																
3 単位目	当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積																人	m ²	
	単位別従業者			生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無							
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務								
	常勤(人)																		
	非常勤(人)																	有・無	
	主な揭示事項	定員		人															
		営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日							
		営業時間		平日	~		土曜		~		日曜・祝日	~							
				サービス提供時間															
			備考																
4 単位目	当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積																人	m ²	
	単位別従業者			生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無							
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務								
	常勤(人)																		
	非常勤(人)																	有・無	
	主な揭示事項	定員		人															
		営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日							
		営業時間		平日	~		土曜		~		日曜・祝日	~							
				サービス提供時間															
			備考																

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

年 月 日

八丈町長 殿

申請者 法人所在地
法人名称
代表者職・氏名

このことについて、以下のとおり届け出ます。

1 事業所基本情報に関すること

介護保険事業所番号	1	3								
事業所名称	フリガナ									
事業所所在地	(郵便番号 -)									
サービス種類										
担当者	(職・氏名)									
	連絡先TEL					FAX				

2 異動情報に関すること

同一の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)
第1号訪問事業 (介護予防訪問介護相当)			1.新規 2.変更 3.終了		
第1号訪問事業 (訪問型サービスA)			1.新規 2.変更 3.終了		
第1号通所事業 (介護予防通所介護相当)			1.新規 2.変更 3.終了		

- 3 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関すること
 実施するサービスに を付け、全ての項目に対し該当する番号に を付けてください。
 (変更の場合においても、変更のない項目を含め全て記載してください。)

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表				
提供するサービス	その他該当する体制等			割引
第1号訪問事業 (介護予防訪問介護相当)	特別地域加算	1.なし	2.あり	1.なし 2.あり
	サービス提供責任者体制の減算	1.なし	2.あり	
	介護職員処遇改善加算	1.なし 6.加算 3.加算 4.加算	5.加算 2.加算	
	介護職員特定処遇改善加算	1.なし 2.加算	3.加算	
第1号通所事業 (介護予防通所介護相当)	職員の欠員による減算の状況	1.なし	2.看護職員 3.介護職員	1.なし 2.あり
	若年性認知症利用者受入加算	1.なし	2.あり	
	生活機能向上グループ活動加算	1.なし	2.あり	
	運動器機能向上体制	1.なし	2.あり	
	栄養改善体制	1.なし	2.あり	
	口腔機能向上体制	1.なし	2.あり	
	選択的サービス複数実施加算	1.なし	2.あり	
	事業所評価加算(申出)の有無	1.なし	2.あり	
	サービス提供体制強化加算	1.なし 4.加算	イ 2.加算 ロ 3.加算	
	介護職員処遇改善加算	1.なし 6.加算 3.加算 4.加算	5.加算 2.加算	
	介護職員特定処遇改善加算	1.なし 2.加算	3.加算	

(参考様式1)

介護保険法第115条の2第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

八丈町長 殿

申請者 住所

氏名(法人にあっては名称及び代表者名)

印

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。(但し、申請者が法人である場合は、その役員等が下記の第四号から第九号までに該当しないこと又は申請者が法人でない病院等である場合は、その管理者が下記の第四号から第九号までに該当しないことを誓約します。)

記

(介護保険法第115条の2第2項)

- 一 申請者が都道府県の条例(1)で定める者でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第百十五条の四第一項の都道府県の条例(2)で定める基準及び同項の都道府県の条例で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第百十五条の四第二項に規定する指定介護予防サービス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又は指定介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護予防サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の二 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の三 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全てを引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、第百十五条の九第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定を除く。)を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員等であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 六の二 申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、第百十五条の九第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定に限る。)を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員等であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

- 六の三 申請者と密接な関係を有する者が、第百十五条の九第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 七 申請者が、第百十五条の九第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第百十五条の五第二項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 七の二 申請者が、第百十五条の七第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第百十五条の九第一項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第百十五条の五第二項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 八 第七号に規定する期間内に第百十五条の五第二項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人(当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所(当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。)の管理者であった者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 九 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 十 申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、法人で、その役員等のうちに第四号から第六号まで又は第七号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十の二 申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、法人で、その役員等のうちに第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十一 申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第六号まで又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。
- 十二 申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。

1 介護保険法施行条例(平成24年東京都条例第116号)

2 東京都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の基準に関する条例(平成24年東京都条例第112号)

介護保険法施行令

(労働に関する法律の規定)

第三十五条の三 法第七十条第二項第五号の二(法第七十条の二第四項(法第七十八条の十二、第百十五条の十一、第百十五条の二十一及び第百十五条の三十一において準用する場合を含む。))において準用する場合を含む。)、第七十八条の二第四項第五号の二(法第七十八条の十四第三項において準用する場合を含む。)、第七十九条第二項第四号の二(法第七十九条の二第四項において準用する場合を含む。)、第八十六条第二項第三号の二(法第八十六条の二第四項において準用する場合を含む。)、第九十四条第三項第五号の二(法第九十四条の二第四項において準用する場合を含む。)、第百十五条の二第二項第五号の二、第百十五条の十二第二項第五号の二及び第百十五条の二十二第二項第四号の二の労働に関する法律の規定であって政令で定めるものは、次のとおりとする。

一 労働基準法(昭和二十二年法律第四十九号)第一百七十七条、第一百八条第一項(同法第六条及び第五十六条の規定に係る部分に限る。)、第一百九条(同法第十六条、第十七条、第十八条第一項及び第三十七条の規定に係る部分に限る。))及び第二十号(同法第十八条第七項及び第二十三条から第二十七条までの規定に係る部分に限る。))の規定並びに当該規定に係る同法第二十一条の規定(これらの規定が労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律(昭和六十年法律第八十八号)第四十四条(第四項を除く。))の規定により適用される場合を含む。)

二 最低賃金法(昭和三十四年法律第三百七十七号)第四十条の規定及び同条の規定に係る同法第四十二条の規定

三 賃金の支払の確保等に関する法律(昭和五十一年法律第三十四号)第十八条の規定及び同条の規定に係る同法第二十条の規定
(平二三政三七六・追加)

(参考様式2)

八丈町暴力団排除条例第2条第1号から第3号までに掲げる者に
該当しない旨の誓約書

年 月 日

八丈町長 宛て

申請書 所在地
名称
代表者職・氏名

介護予防・日常生活支援総合事業に係る事業者の指定申請者(当該申請者が法人である場合にあってはその役員等、法人以外の団体である場合にあってはその代表者、理事その他法人における役員等と同等の責任を有する者)、当該事業所の設置者、管理者その他事業所の業務を統括する者(当該業務を統括する者の権限を代行し得る地位にある者を含む。)は、下記に掲げる暴力団員等にあらず、暴力団又は暴力団員等と社会的に非難されるべき関係を有していないことを誓約します。

また、事業所の運営にあっては、暴力団若しくは暴力団員等を利用し、又は暴力団若しくは暴力団員等が運営に関与しないことを誓約します。

記

【八丈町暴力団排除条例(平成24年3月28日条例第14号)】(一部抜粋)

第2条 この条例において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (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。
- (2) 暴力団員 法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。
- (3) 暴力団関係者 暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者をいう。

以上

Table with columns for employee type, job type, name, and weekly hours (1-5 weeks), ending with total counts for weeks 1-4 and average weekly hours.

(9) 利用者数 (前3月の平均又は推定数) [] 名 (10) 常勤の従業員が週に勤務すべき時間数 []

(11) 常勤換算後の人数. Calculation: 訪問介護員等 (0) ÷ 週平均の勤務時間数 (6の合計÷4) (0) = #DIV/0! (小数点第2位以下切り捨て)

(注) 水色網掛けのセルには計算式が設定されていますが、入力補助を目的とするものですので、結果については作成者の責任にてご確認ください。なお、行の追加等を行う際には、計算式及びブルダウンの設定に支障をきたさないよう留意してください。

(裏面の「記入方法」を参考にしてください。)

記入方法

(1) 従業員の職種について、下記のうち該当する職種の略称をブルダウンより選択してください。

記入の順序は、職種ごとにまとめてください。

Table mapping job titles to abbreviations: 管 (管理者), 訪 (訪問介護員等), サ (サ責), サービス提供責任者.

(2) 従業員の勤務形態について、下記のうち該当する区分の記号をブルダウンより選択してください。

記入の順序は、各職種の中で勤務形態の区分ごとにまとめてください。

Table mapping employment status to codes: A (常勤で専従), B (常勤で兼務), C (非常勤で専従), D (非常勤で兼務).

(注) 常勤・非常勤の区分について

・当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業員が勤務すべき時間数に達していることをいう。雇用の形態は考慮しない。(例えば、常勤者は4週で160時間勤務することとされた事業所であれば、パート雇用であっても、4週160時間勤務する従業員は常勤扱いとなる)

(3) 従業員の保有する資格について、下記のうち該当する資格の略称をブルダウンより選択してください。

保有資格を全て記入するのではなく、人員基準上、求められる資格等を記入してください。

Table listing various qualifications and their abbreviations: 介護福祉士, 実務者, 実務者研修修了者, 旧介護基礎, 旧介護職員基礎研修課程修了者, etc.

「その他」を選択した場合、その具体的な内容を右枠内(「その他の具体的な内容」欄)にご記入ください。

選択した資格及び研修に関して、資格証又は研修修了証等の写しを添付資料として提出してください。

(4) 従業員の氏名を記入してください。

(5) 申請する事業に係る従業員(管理者を含む。)の1ヶ月分の勤務時間数について、数字で入力ください。

日付の直下の欄(*印刷所)に、当該月の曜日を入力ください。

指定基準の確認に際しては、4週分の入力で可とします。実績を表す場合には、暦月で入力ください。

(6) 従業員ごとに、(5)で入力した勤務時間数のうち、1週目～4週目の合計勤務時間数を入力してください。

合計勤務時間数に算入することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき勤務時間数((10)に入力した数字)を上限とします。

(7) 従業員ごとに、(6)で入力した合計勤務時間数÷4の値を入力してください。

(8) 申請する事業所以外の事業所・施設との兼務がある場合は、兼務先の事業所・施設の名称及び兼務する職務の内容について記入してください。

(9) 利用者数は、前3月の平均値(暦月ごとの実利用者数を合算し、3で除して得た数)を入力してください。新規または再開の場合は、推定数とします。

(10) 当該事業所において定められている、常勤の従業員が週に勤務すべき時間数(32時間を下回る場合は32時間)を記入してください。

(11) 常勤換算による配置が求められる職種について、各欄に該当する数字を入力し、常勤換算後の人数を算出してください。

(参考様式3 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表
 <通所介護>

(年 月分)

事業所名 ()

事業所全体のサービス提供単位数 単位
 単位目

サービス提供時間 : ~ : (計 時間)

(1) 職種	(2) 勤務形態	(3) 資格 「その他」の 具体的内容	(4) 氏名	(5) 勤務時間数																															(6) 兼務状況 (兼務先及び兼務する 職務の内容)									
				1週目							2週目							3週目							4週目							5週目												
				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										
				勤務時間数																																								
				シフト記号																																								
				勤務時間数																																								
				シフト記号																																								
				勤務時間数																																								
				シフト記号																																								
				勤務時間数																																								
				シフト記号																																								
				勤務時間数																																								
				シフト記号																																								
				勤務時間数																																								
				シフト記号																																								
				勤務時間数																																								
				シフト記号																																								
				勤務時間数																																								
				シフト記号																																								
				勤務時間数																																								
				シフト記号																																								
				勤務時間数																																								
				シフト記号																																								
(7) 勤務延時間数 (生活相談員)				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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
(8) 勤務延時間数 (介護職員)				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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(9) 利用者数																																												

(10) 勤務時間帯 (シフト記号) ア : ~ : イ : ~ : ウ : ~ : エ : ~ :

(注) 水色網掛けのセルには計算式が設定されていますが、入力補助を目的とするものですので、結果については作成者の責任にてご確認ください。
 なお、行の追加等を行う際には、計算式及びプルダウンの設定に支障をきたさないよう留意してください。
 (裏面の「記入方法」を参考にご記入ください。)

記入方法

(1) 従業者の職種について、下記のうち該当する職種の略称をプルダウンより選択してください。

複数のサービス提供単位がある場合、単位毎の配置の確認が不要である職種（管理者、機能訓練指導員、生活相談員）については、1単位目の表に記入下さい。

記入の順序は、職種ごとにまとめてください。

略称	職種名	略称	職種名	略称	職種名	略称	職種名
管	管理者	生	生活相談員	看	看護職員	介	介護職員
						機	機能訓練指導員

(2) 従業者の勤務形態について、下記のうち該当する区分の記号をプルダウンより選択してください。

記入の順序は、各職種の中で勤務形態の区分ごとにまとめてください。

記号	区分	記号	区分	記号	区分	記号	区分
A	常勤で専従	B	常勤で兼務	C	非常勤で専従	D	非常勤で兼務

(注) 常勤・非常勤の区分について

・当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していることをいう。雇用の形態は考慮しない。

(例えば、常勤者は4週で160時間勤務することとされた事業所であれば、パート雇用であっても、4週160時間勤務する従業者は常勤扱いとなる)

(3) 従業者の保有する資格について、下記のうち該当する資格の略称をプルダウンより選択してください。

複数の資格を保有する従業者について、当該事業所にて従事する業務に最も関連する資格1つを選択ください。人員基準上、求められる資格等（下記）は必須です。

略称	資格名	略称	資格名	略称	資格名	略称	資格名
社福主事	社会福祉主事任用資格	理学	理学療法士	あ	あん摩マッサージ指圧師	-	資格なし
看	看護師	作業	作業療法士	は	はり師		
准看	准看護師	言語	言語聴覚士	き	きゅう師		
介福	介護福祉士	柔整	柔道整復師	その他	その他		

「その他」を選択した場合、その具体的な内容を右枠内（『「その他」の具体的な内容』欄）にご記入ください。

選択した資格及び研修に関して、資格証又は研修修了証等の写しを添付資料として提出してください。

(4) 従業者の氏名を記入してください。

(5) 申請する事業に係る従業者（管理者を含む。）の1ヶ月分の勤務時間数について、上段に(10)に示す勤務時間帯に応じたシフト記号（ア、イ、ウ、...）を、下段に勤務時間数を数字で入力ください。

勤務時間数は、サービス提供時間内に勤務する時間数とします。

日付の直下の欄（*印箇所）に、当該月の曜日を入力ください。

指定基準の確認に際しては、4週分の入力で可とします。実績を表す場合には、暦月で入力ください。

(6) 申請する事業所以外の事業所・施設との兼務がある場合は、兼務先の事業所・施設の名称及び兼務する職務の内容について記入してください。

(7) 生活相談員がサービス提供時間内に勤務する時間数の合計（勤務延時間数）を記入ください。

(8) 介護職員がサービス提供時間内に勤務する時間数の合計（勤務延時間数）を記入ください。

(9) 利用者数は、単位ごとの利用者の実人数（推定数）を入力してください。

(10) 当該事業所の勤務時間帯の区分（シフト）を記入してください。該当するシフト記号（ア、イ、ウ、...）を(5)勤務時間数表に記載してください。

区分の種類が多く入力欄が不足する場合は、適宜入力欄を増やしてください。

常勤職員の勤務時間に関する調べ

(* 就業規則がある場合は、就業規則を提出してください)

1日あたりの労働時間 -

勤務日		~		曜日
-----	--	---	--	----

始業時間		時		分
------	--	---	--	---

終業時間		時		分
------	--	---	--	---

休憩時間		時間
------	--	----

計		時間 (A)
		日勤務 (B)

1日あたりの労働時間 -

勤務日		~		曜日
-----	--	---	--	----

始業時間		時		分
------	--	---	--	---

終業時間		時		分
------	--	---	--	---

休憩時間		時間
------	--	----

計		時間 (C)
		日勤務 (D)

休日

土曜日	
日曜日	
()曜日	
祝日	
会社の指定する日	

週あたりの労働時間

$$((A) \times (B)) + ((C) \times (D)) = \boxed{\hspace{2cm}} \text{時間}$$

(参考様式4)

サービス提供実施単位一覧表

曜日 時間	月	火	水	木	金	土	備考
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							

- 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。なおサービス提供単位の時間には、送迎の時間は含みません。
- 2 サービス提供単位ごとのサービス内容が分かるもの(日課表等)を添付してください。

(参考様式5)

管理者経歴書

事業所又は施設の名称		
フリガナ		
氏名	生年月日 年 月 日	
住所	(郵便番号 -)	
電話番号		
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	
備 考 (研修等の受講の状況等)		

- 備考 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、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。

サービス提供責任者経歴書

事業所又は施設の名称			
フリガナ			
氏名		生年月日	年 月 日
住所	(郵便番号 -)		
電話番号			
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		
備 考 (研修等の受講の状況等)			

備考 1 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

(参考様式6)
事業所の平面図等

事業所又は施設の名称



- 備考1 各室の用途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。
 - 3 設備及び備品の概要を記載することとなっている場合は、本様式の余白部分に当該サービスの提供を行うために整備する備品等の品名及び員数を記載することで差し支えありません。

(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

事業所又は施設名	
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。