

# 介護保険事業者指定申請の手引き

通所介護・介護予防通所介護編

名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課

# 目 次

## I 指定について

- 1 指定の意義
- 2 指定の基準
- 3 指定の事務の流れ

## II 指定申請書類について

- 1 指定申請書類一覧
- 2 指定申請書類の記入要領

この手引きは、新規指定の申請をされる方に、運営基準を理解しながら手続きを行っていただけるよう作成しました。

また、既に開設された事業所の方にも、運営基準に則した適正な運営のために活用していただけましたら幸いです。

なお、この手引きは、随時見直しています。その都度、NAGOYAかいごネットにて改訂版を提供しますので、必ずホームページで最新版を御確認の上、申請手続きをしてください。

この手引きは、平成 25 年 12 月 1 日版です。

## I 指定について

### I-1 指定の意義

- ・ 名古屋市内に事業所を設置し、介護保険法に基づく居宅サービス(介護予防サービス)の事業を行い介護報酬を受けるには、名古屋市長の指定を受ける必要があります。
- ・ 指定は、事業者からの申請に基づき、事業所ごとに行います。
- ・ 指定にあたり、①申請者が法人であること、②従業者の人員及び設備の基準を満たすこと、③申請者又はその他役員等が欠格事由に該当しないこと等を審査します。
- ・ 指定の有効期間は、6年です。それ以降も継続して事業を実施する場合は、指定の更新申請をする必要があります。その際、基準に従って適切な運営がされない場合には、指定の更新が受けられないことがあります。
- ・ 人員基準違反、設備・運営基準違反など取消し事由に該当した場合は、指定の取り消しや、指定の全部又は一部の効力停止(介護報酬の請求停止や新規利用者との契約停止など)の行政処分を受けることがあります。

### I-2 指定の基準

- ・ 通所介護及び介護予防通所介護(以下「指定通所介護」という)についての指定基準は、『「名古屋市指定居宅サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」(平成24年名古屋市条例第73号)及び「名古屋市指定介護予防サービスの事業の人員、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等を定める条例」(平成24年名古屋市条例78号)』(以下「基準条例」という。))により規定されています。基準条例は、『「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」(平成11年厚生省令第37号)及び「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)』(以下「基準省令」という。))を基本的に継承しつつ、本市独自の基準を盛り込んだものです。

事業を行うにあたり、基準条例及び関係通知についての理解が必要です。

- ・ 基準条例は、必要最低限の基準を定めたものであり、事業者はこれらを遵守し、常に事業運営の向上に努めなければなりません。
- ・ 基準条例には、次の要件が定められています。

① 基本方針	指定通所介護の目的など
② 人員基準	従業者の技能・人員に関する基準
③ 設備基準	事業所に必要な設備についての基準
④ 運営基準	保険給付の対象となる介護サービス事業を実施する上で求められる運営上の基準
⑤ 本市独自基準 ア 提供した具体的なサービス内容等の記録	5年 ※基準省令では2年

<p>イ 暴力団の排除</p>	<p>名古屋市暴力団排除条例(平成24年名古屋市条例第19号)第2条第1項に規定する暴力団を利すこととならないようしなければならない。</p>
<p>ウ 非常災害に備えた食料及び飲料水の備蓄</p>	<p>利用者、職員の一時的な滞在に必要な量(最低3食分)の備蓄(経過措置有)  ※ 平成28年4月1日からは備蓄が義務化されるので、それまでに計画的な備蓄が必要。</p>

## (1) 基本方針のあらまし

### (ア) 「通所介護」とは

要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければなりません。

### (イ) 「介護予防通所介護」とは

要支援状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでなければなりません。

### (ウ) 「療養通所介護」とは

在宅において生活している、難病等を有する重度要介護者又はがん末期の者であって、サービス提供に当たり常時看護師による観察が必要なものを対象者とし、療養通所介護計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うものでなければなりません。

## (2) 人員基準のあらまし

### ア 人員基準（1単位につき）

管理者	事業所ごとに1名（常勤）
生活相談員	単位の数にかかわらず、通所介護サービスの提供時間数に応じて、専ら通所介護サービスの提供を行う生活相談員が勤務している時間数の合計数をサービス提供時間で除して得た数が1以上確保されるために必要と認められる員数。 (例1) 1単位の指定通所介護を実施している事業所の提供時間数（ここでいう提供時間数とは、当該事業所におけるサービス提供開始時刻から終了時刻まで（サービスが提供されていない時間帯を除く）とする。以下同じ）を6時間とした場合、6時間の時間数を1名分確保すればよいことから、従業員の員数にかかわらず6時間の勤務延時間数分の配置が必要となる。  (例2) 午前9時から午後2時、午後1時から午後6時の2単位の指定通所介護を実施している事業所の場合、当該事業所におけるサービス提供時間は午前9時から午後6時とな

	り、提供時間数は9時間となることから、従業員の員数にかかわらず9時間の勤務延時間数分の配置が必要となる。
看護職員（看護師又は准看護師）	各単位において、専ら通所介護サービスの提供を行う看護職員1名以上の配置が必要。 なお、各単位においての看護職員の配置については、提供時間帯を通じて専従するまでの必要はないが、健康状態の把握等健康管理ができる適切な配置をする必要がある。 (10人以下の特例を除く)
介護職員	通所介護事業所の単位ごとのサービス提供時間帯に応じて、専ら通所介護サービスの提供を行う介護職員が勤務している時間数の合計数をサービス提供時間で除して得た数が定員15人までは1名以上、15人を超える場合は、15人を超える部分の数を5で除して得た数に1を加えた数以上確保されるために必要と認められる員数。 ただし、各単位において、提供時間を通じて1名以上の介護職員の配置が必要。
機能訓練指導員	専ら通所介護サービスの提供を行う者1名以上 機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師)とし、当該通所介護事業所の他の職務に従事することができる ※機能訓練は、資格を有する機能訓練指導員が行うべきであるため、個別機能訓練加算を算定しない場合においても、必ず、通所介護事業所ごとに1以上の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置し、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための機能訓練を行う。 なお、利用者の日常生活やレクリエーション、行事を通じて行う補助的な機能訓練については、生活相談員または介護職員が兼務して行っても差し支えない。

※ 生活相談員又は介護職員のうち1名以上は常勤でなければならない。

※ 利用定員が10名以下の事業所は、サービス提供時間帯に応じて看護職員又は介護職員が勤務している時間数の合計数をサービス提供時間で除して得た数が1以上確保されるために必要と認められる員数にすることができる。(看護職員の配置は義務ではなくなる。)この場合は、生活相談員、看護職員又は介護職員のうち1名以上は常勤でなければならない。

※「単位」とは、同時に一体的に提供される指定通所介護をいうものであり、例えば、次のような場合には、2単位とし、それぞれの単位に必要な従業者を確保する必要がある。

① 指定通所介護が同時に、一定の距離を置いた2つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているといえない場合

② 午前と午後とで別の利用者に対して指定通所介護を提供する場合

また、利用者ごとに策定した通所介護計画に位置づけられた内容の通所介護が一体的に提供されていると認められる場合は、同一単位で提供時間数の異なる利用者に対して通所介護を行うことも可能である。なお、同時一体的に行われているとは認められない場合は、別単位となることに留意すること。

※常勤換算方法とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。この場合の勤務延時間数は、当該事業所の指定に係る事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該事業所が訪問介護と通所介護の指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が訪問介護の訪問介護員と通所介護の介護職員を兼務する場合、介護職員の勤務延時間数には、介護職員としての勤務時間だけを算入することとなるものであること。（小数点第2位切り捨て）

※①「専ら従事」「専ら提供に当たる」とは、原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいい、②サービス提供時間帯とは、事業所における勤務時間（サービスの単位ごとの提供時間）をさし、従事者の常勤非常勤の別を問わない。

※あらかじめ計画された勤務表に従って、サービス提供時間帯の途中で同一職種の従事者と交代する場合には、それぞれのサービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことで足りる。

※提供時間数に応じて専ら当該指定通所介護の提供に当たる従業員を確保するとは、当該職種の従業員がサービス提供時間内に勤務する時間数の合計（以下「勤務延時間数」という。）を提供時間数で除して得た数が基準において定められた数以上となるよう、勤務延時間数を確保するものであり、従業員の員数にかかわらず、提供時間数に応じた必要な勤務延時間数を確保する方法をいうものである。

※「利用者数」「利用定員」は、単位ごとの指定通所介護についての利用者の数または利用定員をいう。①利用者の数：実人員、②利用定員：あらかじめ定めた利用者の数の上限。

**【確保すべき介護職員の勤務延時間数の計算式】**

- ・ 利用者 15 人までは、単位毎に確保すべき「サービス提供時間内の勤務延時間数＝平均提供時間数」分の人員配置が必要
- ・ 利用者 16 人以上は、単位毎に確保すべき「サービス提供時間内の勤務延時間数＝ $(\text{利用者数}-15) \div 5 + 1$ 」 $\times$ 平均提供時間数」分の人員配置が必要

※平均提供時間数＝利用者ごとの提供時間数の合計 $\div$ 利用者数

例えば、利用者数 18 人、サービス提供時間数を 5 時間とした場合、 $(18-15) \div 5 + 1 = 1.6$  となり、5 時間の勤務時間数を 1.6 名分確保すればよいことから、 $5 \times 1.6 = 8$  時間の勤務時間数分の人員配置が必要となる。

◎ 人員配置基準を満たすために必要となる介護職員の勤務時間の具体例(単位毎)

提供時間 利用者	3.0 時間	4.0 時間	5.0 時間	6.0 時間	7.0 時間	8.0 時間	9.0 時間
15 人以下	3.0 時間	4.0 時間	5.0 時間	6.0 時間	7.0 時間	8.0 時間	9.0 時間
16 人	3.6 時間	4.8 時間	6.0 時間	7.2 時間	8.4 時間	9.6 時間	10.8 時間
17 人	4.2 時間	5.6 時間	7.0 時間	8.4 時間	9.8 時間	11.2 時間	12.6 時間
18 人	4.8 時間	6.4 時間	8.0 時間	9.6 時間	11.2 時間	12.8 時間	14.4 時間
19 人	5.4 時間	7.2 時間	9.0 時間	10.8 時間	12.6 時間	14.4 時間	16.2 時間
20 人	6.0 時間	8.0 時間	10.0 時間	12.0 時間	14.0 時間	16.0 時間	18.0 時間



◎ 人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定について(所定額の30%減算)

○ 看護職員、介護職員についての人員基準欠如の取扱いは以下のとおり。

イ 看護職員の数は、1月間の職員の数の平均を用いる。この場合、1月間の職員の平均は、当該月のサービス提供日に配置された延べ人数を当該月のサービス提供日数で除して得た数とする。

ロ 介護職員等の数は、利用者数及び提供時間数から算出する勤務延べ時間数を用いる。この場合、1月間の勤務延時間数は、配置された職員の1月の勤務延べ時間数を、当該月において本来確保すべき勤務延べ時間数で除して得た数とする。

ハ 人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合には、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について所定単位数を通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算する。

・(看護職員の算定式)

$$\frac{\text{サービス提供日に配置された延べ人数}}{\text{サービス提供日数}} < 0.9$$

・(介護職員の算定式)

$$\frac{\text{当該月に配置された職員の勤務延時間数}}{\text{当該月に配置すべき職員の勤務延時間数}} < 0.9$$

ニ 1割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について所定単位数を通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算する。(ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。)

・(看護職員の算定式)

$$0.9 \leq \frac{\text{サービス提供日に配置された延べ人数}}{\text{サービス提供日数}} < 1.0$$

・(介護職員職員の算定式)

$$0.9 \leq \frac{\text{当該月に配置された職員の勤務延時間数}}{\text{当該月に配置すべき職員の勤務延時間数}} < 1.0$$

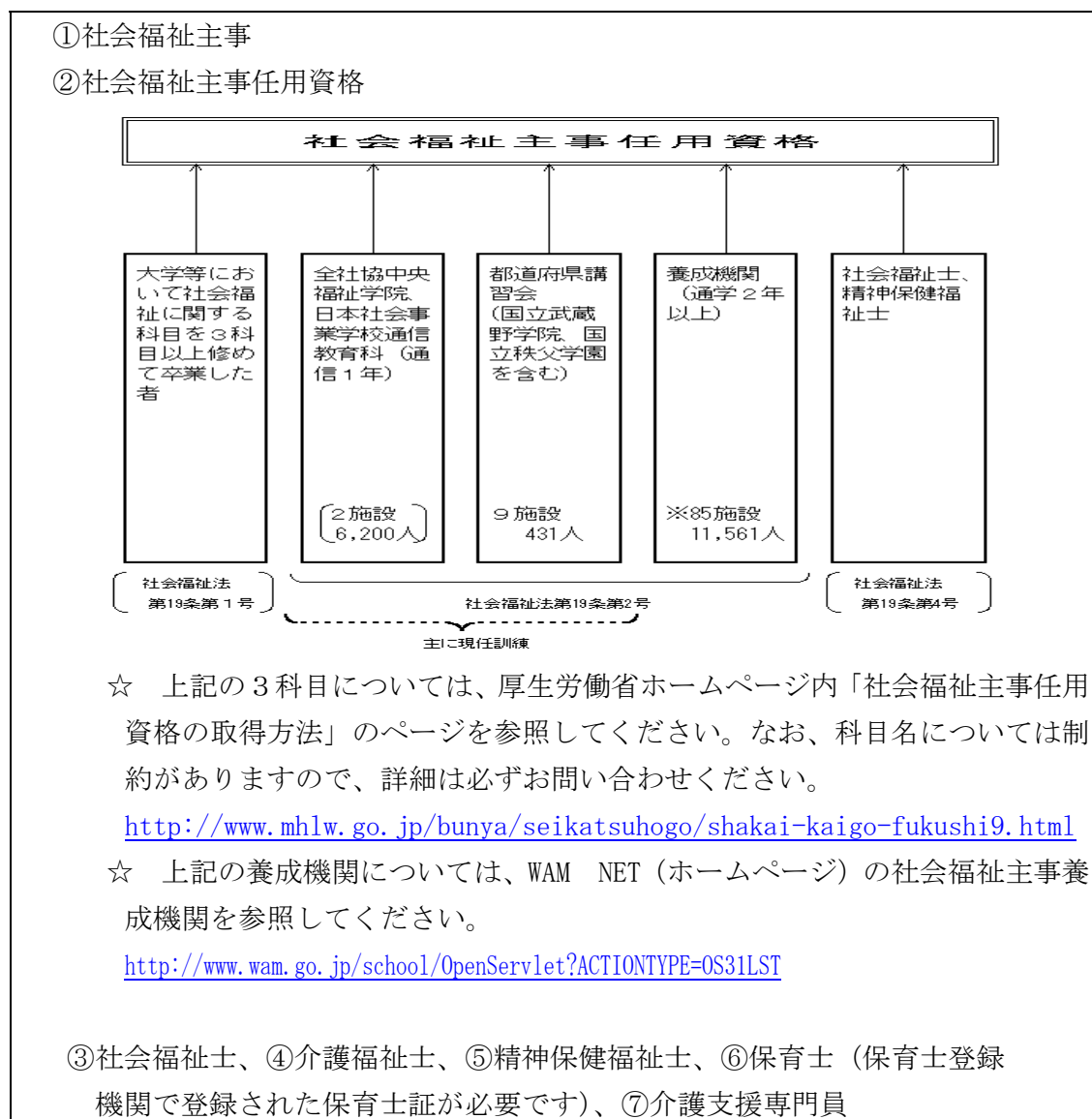
## 療養通所介護の人員基準

管理者	看護師の資格を有しており、訪問看護に従事した経験を有する者を1名以上（常勤）
看護職員又は介護職員	<p>利用者の数が1.5名に対して、サービス提供時間帯を通じて専ら当該指定療養通所介護の提供に当たるものを1名以上</p> <p>なお、看護職員又は介護職員のうち、1名以上は常勤の看護師であって、専ら指定療養通所介護の職務に従事する者でなければならない。</p>

### イ 資格要件

#### ① 生活相談員

- 名古屋市では次の資格等を有する者を認めています。



## ② 看護職員

- ・ 看護師又は准看護師

## ③ 機能訓練指導員

- ・ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージの資格を有する者とする。

## ④ 管理者

- ・ 専従で常勤の者を配置する（1人）。
- ・ 兼務の取扱い

・ 兼務は、管理業務に支障がないことが前提です。

- ・ 当該指定通所介護事業所の通所介護従業者としての職務との兼務は可能です。同一敷地内にある他の事業所、施設の職務との兼務は可能です。（管理者以外の職種で、1職種のみ兼務が可能です。）

ただし、入所施設における入所者に対してサービス提供を行う看護・介護職員と兼務する場合などは、管理業務に支障があると考えられます。

- ・ 資格要件はありませんが、次の管理者の職責を果たせること。
- ・ 管理者の職務（基準省令第52条）

・ 従業者及び業務の管理を一元的に行う。

・ 従業者に運営に関する基準を遵守させるための指揮命令を行う。

- ・ 他の職務と兼務する場合、管理者は、勤務日においては、1日の労働時間の半分以上は管理業務に就くこと。

### (1) 設備基準のあらまし

食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有するほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに指定通所介護の提供に必要なその他の設備及び備品等を備えなければなりません。事前に名古屋市住宅都市局建築審査課、所轄の消防署、所轄の保健所に対し、建築基準法、消防法、都市計画法、食品衛生法上適切であるかの確認をしておいてください。建築物等に係る関係法令確認書を図面相談時に渡します。

なお、設備等は、当該指定通所介護事業所用として専用でなければなりません。利用者への指定通所介護の提供に支障がない場合等は、他の事業と共用することができます。

#### (ア) 食堂及び機能訓練室

- ・ 合計面積が、利用定員数に3㎡（内法）を乗じた面積以上であること。
- ・ 食事提供及び機能訓練を行う際、それぞれに支障がない広さを確保できる場合は、食堂及び機能訓練室は同一の場所とすることができる。

#### (イ) 静養室

- ・ 利用者が気分が悪くなった場合に横になって静養できるのに必要な広さの確

保と設備であること。

- ・ 原則、機能訓練室と隣接した場所に設けること。
- ・ 静養室を食堂兼機能訓練室内に設ける場合は、静養室のスペースを食堂及び機能訓練室の面積から除かなくてはなりませんので注意してください。
- ・ 呼び鈴、ナースコール等通報装置を設置していることが望ましい。

#### (ウ) 相談室

- ・ 個室が望ましい。事務室内に相談スペースを設ける場合は、遮へい物（高さ180cm程度のパーティション（ついたて））の設置等により相談者のプライバシーを確保するとともに事業所の個人情報が見られないよう配慮されていること。
- ・ 相談室を食堂及び機能訓練室を通過しなければならない場所に設置した場合は、90cm幅以上（車いすが通過できる幅）の通路スペースを設ける必要があります。通路スペースは食堂及び機能訓練室の面積から除かなくてはなりませんので注意してください。

#### (エ) 事務室

- ・ 事業運営のために必要な広さの専用の区画を設けること。
- ・ 同一法人の他の介護保険事業所（居宅介護支援事業所は除く）の事務所と兼用の場合は、事務机、書庫等の区画を明確に分けること。
- ・ 同一法人の居宅介護支援事業所、同一法人の他事業の事務所と兼用の場合は、遮へい物を設置し明確に区画に分けること。
- ・ 別法人の事業所（介護保険事業所も含む）の事務所との兼用は原則認められない。

#### (オ) トイレ

- ・ 車いす利用者、手足が不自由な利用者、介助を要する利用者が使用するのに望ましい構造、設備であること。（車いす用トイレとすることが望ましい）
- ・ 通所介護専用のトイレを設置すること。（複数の設置が望ましい。）
- ・ 呼び鈴、ナースコール等通報装置を設置していることが望ましい。

#### (カ) 手洗いスペース

- ・ 感染症予防のため、手洗いスペースには消毒液、ペーパータオル等（共用のタオルは不可）を設置すること。

#### (キ) 厨房（食事提供をする場合）

- ・ 衛生面に十分配慮した設備、構造とすること。

#### (ク) 浴室（入浴介助を行う場合）

- ・ 利用者の安全確保を十分に図り、入浴介助に適した設備とすること。

#### (ケ) 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備

- ・ 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備とは、消防法その他の法令等に規定された設備を示しており、それらの設備を確実に設置しなければなりません。

## (コ) その他

- 車いす利用者、歩行困難者等に十分に配慮した設備、構造とすること。
  - ・ バリアフリーに努めること。
  - ・ 必要な箇所に手すりを設置すること。
- 事務室・区画、又は設備及び備品等については、貸与を受けているものであれば、必ずしも事業者所有でなくてもよい。
- 通所介護事業以外の利用者、家族など部外者が通所介護サービス提供時間中に食堂・機能訓練室を通る場合は、通路を設け、その部分は食堂・機能訓練室の面積から除くこと。(2単位目の利用者が、1単位目の利用者の食堂、機能訓練室を通る場合も同様です。)

### 療養通所介護の設備基準

利用定員は9人以下です。

指定療養通所介護を行うのにふさわしい専用の部屋を有するほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに指定療養通所介護の提供に必要な設備及び備品等を備えなければなりません。

なお、設備等は、当該指定療養通所介護事業所用として専用でなければならないが、利用者への指定療養通所介護の提供に支障がない場合は、他の事業と共用することができます。

#### \* 療養通所介護の提供を行うのにふさわしい専用の部屋

- ① 指定療養通所介護を行うのにふさわしい専用の部屋とは、利用者の状態を勘案して判断されるものです。利用者毎の部屋の設置を求めるものではありません。
- ② 専用の部屋の面積は、利用者1人につき6.4㎡(内法)以上であって、明確に区分され、他の部屋等から完全に遮断されていること。

## (2) 運営基準のあらまし

運営の基準として次のような項目が、規定されています。

- ・ 利用申込者に対するサービス提供内容及び手続の説明及び同意
- ・ 提供拒否の禁止
- ・ サービス提供困難時の対応
- ・ 受給資格等の確認
- ・ 要介護及び要支援認定の申請に係る援助
- ・ 心身の状況等の把握
- ・ 居宅介護支援事業者等との連携
- ・ 介護予防支援事業者等との連携

- ・ 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助
- ・ 居宅サービス計画及び介護予防サービス計画に沿ったサービスの提供
- ・ 居宅サービス計画及び介護予防サービス計画等の変更の援助
- ・ 居宅サービス計画等の変更の援助
- ・ サービスの提供の記録
- ・ 利用料等の受領
- ・ 保険給付の請求のための証明書の交付
- ・ 指定通所介護の基本取扱方針
- ・ 指定通所介護の具体的取扱方針
- ・ 通所介護計画の作成
- ・ 利用者に関する市町村への通知
- ・ 緊急時等の対応
- ・ 管理者の責務
- ・ 運営規定
- ・ 勤務体制の確保等
- ・ 定員の遵守
- ・ 非常災害対策
- ・ 衛生管理等
- ・ 運営規程の概要等の掲示
- ・ 秘密保持等
- ・ 広告
- ・ 居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者に対する利益供与の禁止
- ・ 苦情処理
- ・ 地域との連携等
- ・ 事故発生時の対応
- ・ 会計の区分
- ・ 記録の整備

#### **療養通所介護の運営基準**

- ・ 利用者の病状の急変等に備えた緊急時対応医療機関の決定
- ・ 安全・サービス提供管理委員会の設置

\* 上記以外は通所介護を参照

### I-3 指定の事務の流れ

#### (1) 指定の受付担当部署

- ・ 指定訪問入浴介護など居宅サービス（介護予防サービス）事業の指定に関する事務は、名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課において行います。
- ・ 図面相談、新規申請及び加算届の受付は、事前予約が必要です。必ず予約をしていただいた上でお越しく下さい。

◎ 担当部署 〒460-8508

名古屋市中区三の丸三丁目1番1号

名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課(名古屋市役所本庁舎2階)

電話 052-972-3487 (ダイヤルイン)

FAX 052-972-4147

- ・ 提出書類の様式等は、NAGOYAかいごネットからダウンロードができますので、ご活用ください。

※NAGOYA かいごネット：<http://www.kaigo-wel.city.nagoya.jp/view/kaigo/top>

名古屋市役所周辺地図



最寄駅等

地下鉄名城線：「市役所」、市バス・基幹バス：「市役所」、名鉄瀬戸線：「東大手」

## (2) 指定のスケジュール

### ア 基本ルール

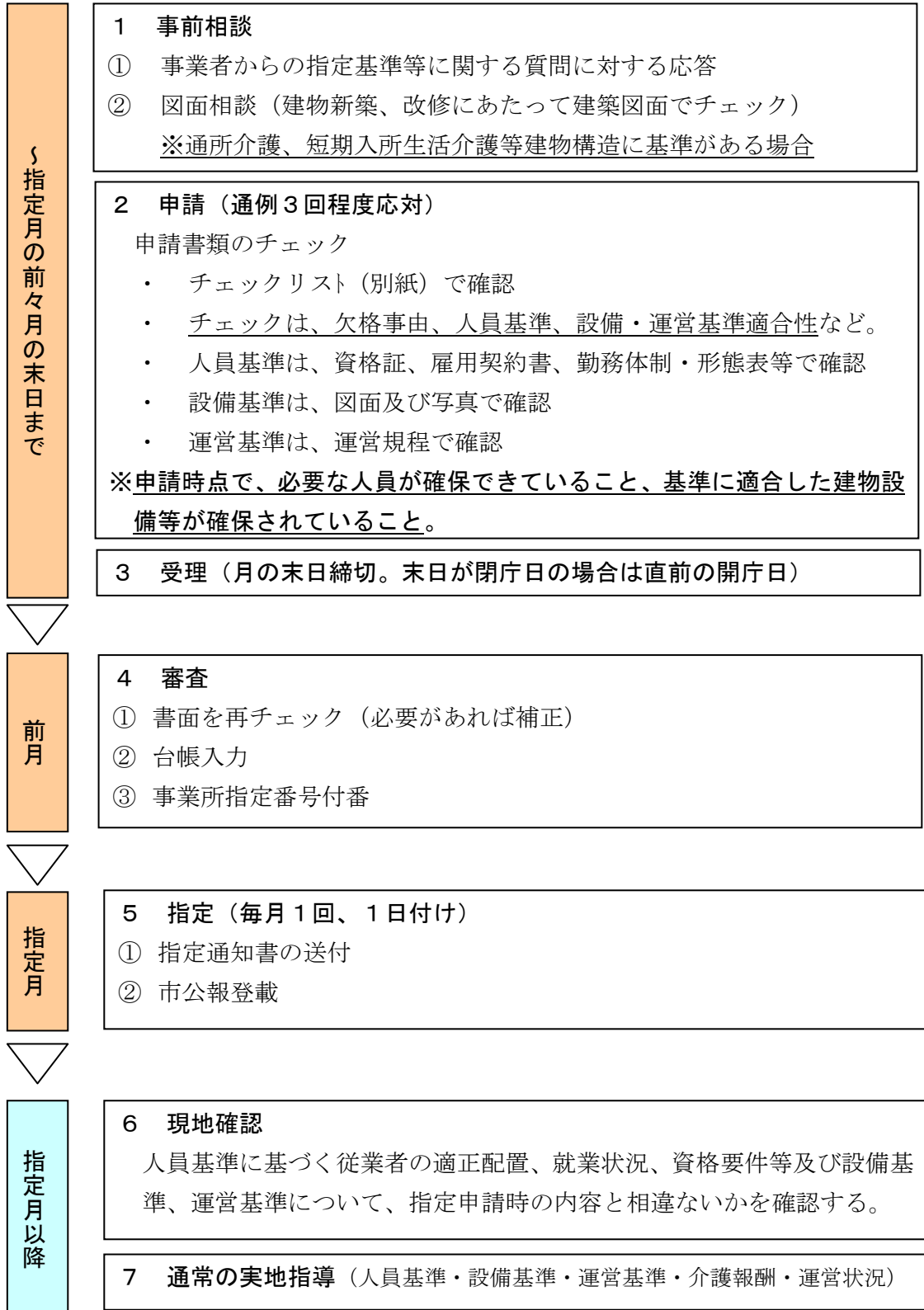
- ① 指定は、指定希望月の前々月末の午後 5 時までに受付け、受理した申請書類を審査の上、翌々月の 1 日付けで行います。指定は月 1 回です。  
例：1 月 25 日に受理した申請は、審査の上、3 月 1 日に指定する。  
なお、月の末日が閉庁日の場合は、直前の開庁日を締切日とします。  
例：月の末日が日曜日の場合は、その前々日の金曜日が締切日。
- ② 書類に不備のあるものについては、受理しません。
- ③ 申請時点で、建物・備品等が使用可能な状態になっている必要があります。  
なお、通所系、短期宿泊系サービスを開設される場合は、事前に名古屋市住宅都市局建築審査課、所轄の消防署、所轄の保健所に対し、建築基準法、消防法、食品衛生法上適切であるかの確認をしておいてください。⇒**図面相談時に建築物等に係る関係法令確認書を渡します。**
- ④ 申請を受理した翌日に調査しても基準を満たしていることが確認できる状況となっていることが必要です。なお、原則として、指定日以後、申請内容と相違ないか確認するため現地確認を行います。



## イ 指定のスケジュール

指定申請についての大まかなスケジュールは、図 I-3-1 のとおりです。

(図 I-3-1 指定のスケジュール)



### <指定申請書受理後の留意事項>

指定申請書受理後、指定月まで約1か月ありますが、その間も指定申請書等の審査期間です。

あくまでも指定予定であり、指定されるまでの間は利用予定者との契約はできませんので御注意ください。

また、広報等については以下のことに注意してください。

- ◎ 内容が虚偽又は誇大なものにならないようにしてください。
- ◎ 「居宅介護支援」については、他の居宅サービスや施設サービスと同一紙面に広告はできません。
- ◎ リーフレット等には、介護事業所として既に指定を受けているかのような表現はしないようにしてください。(例 良い例：9月1日指定予定、悪い例：9月1日オープン) また、内覧会等を開催する場合についても同様です。
- ◎ 各家庭を訪問し、広報を行うにあたっては、強引な勧誘と受け取られかねないような対応は慎んでください。

なお、事業の開始は原則として指定日と同日としてください。

### (3) その他

#### ① 老人福祉法上の届出

- ・ 介護の事業を行う場合は、事業開始前に老人福祉法上の「老人居宅介護等事業開始届」の届け出が必要です。指定申請時に合わせて必要な書類を提出してください。(定款等指定申請の書類と重複するものは省いていただいて差し支えありません。)

#### ② 生活保護法の指定介護機関の指定

- ・ 生活保護法の指定介護機関の指定を受ける場合は、関係書類を事業所の所在地の区役所区民福祉部民生子ども課保護係もしくは、支所区民福祉課保護・子ども係に提出し、申請していただく必要があります。

#### ③ 業務管理体制に関する届出

法人として、新規に介護サービスを始めた場合は、医療みなし事業所のみ事業所を除き、法人単位で、業務管理体制を整備し、指定申請とは別に、届け出る必要がありますので忘れないようにお願いします。

##### ア 概要

事業所等の展開状況に応じ、次のとおり異なります。

事業所等の展開状況		届出先関係行政機関
事業所等が複数の都道府県に所在する事業者	① 事業所等が3つ以上の地方厚生局管轄区域にある事業者	厚生労働省老健局

	事業所等が1又は2つの ② 地方厚生局管轄区域にある事業者	より多くの事業所等のある地方厚生局
③	地域密着型サービス（予防を含む）のみを行なう事業者であって、事業所等が同一市町村にのみ存在する事業者	事業所等のある市町村
④	①②③以外の事業者	事業所等のある都道府県 〔指定都市及び中核市は〕 〔届出先ではありません〕

イ ①②に該当する事業者の具体的な届出方法

平成21年4月16日厚生労働省老健局総務課介護保険指導室事務連絡「業務管理体制に係る届出様式記入例等の送付について」の「3. 業務管理体制の整備に関する事項を記載した届出書の届出先」を参照してください。

<http://www.pref.aichi.jp/korei/kaigohoken/gyoumukannritaisei/H210416.pdf>

ウ ③に該当する事業者の具体的な届出方法

必要書類を1部、以下のあて先に、郵送してください。

〒460-8508 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号  
名古屋市役所健康福祉局介護保険課指導係

エ ④に該当する事業者の具体的な届出方法

必要書類を1部、以下のあて先に、郵送してください。

なお、愛知県の場合、業務管理体制の整備に係る届出は、すべて高齢福祉課介護保険指定・指導グループへ行ってください。所管の福祉相談センター、指定都市及び中核市は届出先ではありませんので、間違えないようにお願いします。

〒460-8501 名古屋市中区三の丸3-1-2  
愛知県健康福祉部高齢福祉課介護保険指定・指導グループ

## Ⅱ 指定申請書類について

### Ⅱ－１ 指定申請書類一覧（通所介護・介護予防通所介護・療養通所介護）

- ・ 通所介護・介護予防通所介護事業の指定申請をするためには、表Ⅱ－１の１の書類が必要です。
- ・ 通所介護事業と介護予防通所介護事業を同時に申請する場合は、別々に書類を作成する必要はありません。但し、各書類において、サービス種類を記載する箇所に両方のサービス名を書く必要があります。
- ・ 申請（申請相談）にあたっては、チェックリスト（点検表）を一番上にし、その下に表Ⅱ－１の１の書類を指定申請書類一覧表の番号順に揃えて、提出してください。
- ・ 下記書類の他に、必要に応じて追加資料を求める場合があります。

#### （表Ⅱ－１の１）指定申請書類一覧（通所介護・介護予防通所介護用）

- (1) 指定申請書（様式第1）
- (2) 指定に係る記載事項（別紙6）
- (3) 定款（写し）
- (4) 商業登記事項証明書（直近3ヶ月以内の原本）
- (5) 欠格事由に該当していない旨の誓約書
  - 居宅サービス用（別紙20-1）
  - 介護予防サービス用（別紙20-6）
  - 暴力団排除に関する誓約書（別紙21）
- (6) 役員名簿（様式第20-7）
- (7) 土地・建物が賃貸にあつてはその契約書の写し
- (8) 平面図（参考様式3）
- (9) 設備の概要（参考様式5）
- (10) 主要な場所の写真（参考様式12）
- (11) 管理者 経歴書（参考様式2）及び雇用関係を証する書類（写し）
- (12) 従業者の勤務体制及び勤務形態（参考様式1）
- (13) 就業規則（写し）
- (14) 生活相談員、看護職員、機能訓練指導員の資格証（写し）
- (15) 運営規程（共通・介護給付・予防給付）
- (16) 苦情を処理するための措置の概要（参考様式6）
- (17) 申請法人の決算書（写し）
- (18) 収支予算書（任意様式・参考様式）（事業開始月から1年以上の収支見込）
- (19) 介護給付費算定に係る届出書（別紙2）
- (20) 介護給付費算定に係る一覧表
  - 居宅サービス用（別紙1）
  - 介護予防サービス用（別紙1-2）

**【共通】**

- 栄養改善加算（管理栄養士 1 名以上配置）
- 口腔機能向上加算（言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を 1 名以上配置）

**【介護給付】**

- 算定区分（小規模・通常規模・大規模Ⅰ・大規模Ⅱ）別添 5－4 により確認
- 時間延長サービス体制（対応できる従業者について、勤務形態一覧表に○印を記入）
- 個別機能訓練加算  
（加算Ⅰ：常勤専従の機能訓練指導員がサービス提供時間を通じて 1 以上、加算Ⅱ：利用者に対して直接訓練を行う専従の機能訓練指導員が 1 以上）
- 入浴介助体制（有→浴槽の写真）

**【介護予防】**

- 生活機能向上グループ活動加算（機能訓練指導員が行う場合については介護給付と別の時間に専従する必要あり。）
- 運動器機能向上加算（機能訓練指導員については介護給付と別の時間に専従する必要あり。）
- 事業所評価加算（申出）（有・無）

※ 名古屋市では、個別機能訓練加算Ⅱと運動器機能向上加算を併せて算定する場合は、サービス提供時間中個別機能訓練サービスの時間＋運動器機能訓練サービスの 1 時間の機能訓練指導員の配置が必要です。

※ 個別機能訓練加算Ⅱと生活機能向上グループ活動加算を併せて算定し、機能訓練指導員が生活機能向上グループ活動サービスを行う場合は、個別機能訓練サービスの時間＋生活機能向上グループ活動サービスの時間の機能訓練指導員の配置が必要です。

※ サービス提供体制強化加算は事業所として 3 ヶ月分の実績が必要です。よって、新規指定から 4 ヶ月目の事業所が、加算要件に合致した場合に届け出ることができます。

例：平成〇〇年 4 月 1 日指定

→平成〇〇年 7 月 1 日から 7 月 15 日までに届出（郵送は不可）

（平成〇〇年 4 月から平成〇〇年 6 月の 3 ヶ月実績）

→平成〇〇年 8 月 1 日から加算算定可

**(21) 老人福祉法上の届出**

**① 特養等他の施設と共用する場合**

老人居宅生活支援事業開始届（第 16 号様式の 3）

**② 単独で設置した場合**

老人デイサービスセンター等設置届（第16号様式の6）

(22) 建築物等に係る関係法令確認書

◎           のものは原本証明を必ず付けてください。

※ 原本証明の例

原本証明を、写しの余白に次のように記載し、代表者印を押印してください。

原本と相違ないことを証明します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

株式会社 三の丸サービス

代表取締役 〇〇〇〇 印

## II-2 指定申請書類の記入要領

指定申請書類の「点検表」は、太枠部分のみ記入して、指定申請相談時に持参してください。

### 6、通所介護の点検表【介護予防(有・無)】

※法人名		※内にご記入して持参ください。	1	2	3	4
※事業所の名称		点検日	/	/	/	/
※連絡先	Tel	対応職員				
		※相談者名 (申請法人以外ならばその関係)				

※(点検を受ける前に)今後の制度改正の状況に十分注意し、名古屋より補正依頼があった場合は迅速に対応しますか。(はい・いいえ)					
書類	1	2	3	4	チェック内容
1 指定申請書(様式第1)					<input type="checkbox"/> 定款の目的の中に、通所介護の場合は「通所介護」・「居宅サービス事業」・「第2種社会福祉事業老人デイサービスセンター」等、介護予防通所介護の場合は「介護予防サービス」・「介護予防通所介護」等の適切な文言があるか <input type="checkbox"/> 不一致の有無(名称・所在地・代表者・管理者・電話番号・FAX番号・定款・登記事項証明書・添付書類などで間違った住所や氏名が書かれていないかどうか) <b>☐郵便番号の間違ひ注意</b>
2 指定に係る記載事項(別紙6)					
3 定款(写し)					
4 商業登記事項証明書(直近3ヶ月以内の原本)					<input type="checkbox"/> 履歴事項全部証明書でも可 <input type="checkbox"/> 介護予防の表記が間に合わない場合→補正依頼申立書(別紙26)
5 欠格事由に該当していない旨の誓約書(別紙20-1、20-6)					※省令基準に基づく誓約書 <input type="checkbox"/> 別紙20-1は居宅サービス用 <input type="checkbox"/> 別紙20-6は介護予防サービス用
6 暴力団排除に関する誓約書(別紙21)					※名古屋市長官制に基づく誓約書。
7 役員名簿(様式20-7)					<input type="checkbox"/> 法人の全役員と事業所の管理者が対象。(別紙20-1、20-6、21の誓約対象者)
8 土地・建物が賃貸にあつてはその契約書の写し					<input type="checkbox"/> 法人所有の場合は所有が分かるもの(登記事項証明書の写し、納税通知書など)
9 平面図(参考様式3)					<input type="checkbox"/> 食堂及び機能訓練室(ともに支障がない場合のみ合算可能。合計面積が利用者1人当たり3㎡以上) <input type="checkbox"/> 静養室 <input type="checkbox"/> 相談室(遮蔽物の設置にて、プライバシー確保) <input type="checkbox"/> 事務室(※すべて写真にて確認します。広さの数値を記入する。平面図に撮影した方向を記入する。)
10 設備の概要(参考様式5)					<input type="checkbox"/> 身体の不自由な方に適した構造であるか <input type="checkbox"/> 日照・採光・換気・衛生面に配慮されているか <input type="checkbox"/> 備品の充実(机、椅子、パソコン、通信機器など) <input type="checkbox"/> 防災等への配慮・非常災害設備など(※写真で確認する)
11 主要な場所の写真(参考様式12)					□外観 □玄関 □上記の各部屋 □上記の各設備・備品など(なるべく多めにお願いします)(※完成した事業所の写真添付) <input type="checkbox"/> 写真一部不備の場合→補正依頼申立書(別紙26)
12 管理者 経歴書(参考様式2)					<input type="checkbox"/> 労働条件通知書(雇入通知書)・辞令の写しなどの雇用関係が分かるもの
13 従業員の勤務体制及び勤務形態(参考様式1)					<input type="checkbox"/> 専ら職務に従事する常勤の管理者 <input type="checkbox"/> 専従の生活相談員が提供時間数に応じて1以上□単位ごとに専従の介護職員を提供時間数に応じて配置。利用者15人までは平均提供時間数の人員、16人以上の場合は、「(利用者-15)÷5+1」×平均提供時間=確保すべき勤務延長時間分の人員(全ての提供時間において1人以上配置。) <input type="checkbox"/> 単位ごとに専従の看護職員1人以上(10人以下の特例あり) <input type="checkbox"/> 生活相談員又は介護職員の1人以上は常勤 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員1人以上 <input type="checkbox"/> 同一事業所で他の業務に兼務する場合は、兼務先の勤務表(介護予防通所介護と併設の場合は原則として同一勤務表で可だが、その旨明記) <input type="checkbox"/> 療養通所介護の場合は管理者が看護師、常勤専従の看護師を1名以上、1.5:1の人員配置、緊急時対応医療機関は事業所に併設していなければならない。
14 就業規則					<input type="checkbox"/> 常時10人以上の労働者を使用する使用者は、就業規則を作成し所轄労働基準監督署長に届出必要あり
15 資格が必要な職種の資格証・証明書					<input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員 □氏名変更あれば、それが分かる公的な証明書(戸籍抄本等)
16 運営規程					<input type="checkbox"/> 不一致の確認(名称、所在地、勤務表、営業日、営業時間、サービス提供時間)(※なお、サービス提供時間が3時間、4時間、6時間と設定する場合には単位数が異なる場合がありますので注意してください) <input type="checkbox"/> 小規模・通常規模・大規模(→別添5-4)、□実施単位数、単位ごとの利用定員 □利用料(□通常地域外の送迎費用、□延長料金、□食費、□おむつ代、□その他の日常生活費) □実施地域の特定(区町名まで)、緊急時の対応、守秘義務
17 苦情を処理するための措置の概要(参考様式6)					<input type="checkbox"/> 記録の保存と再利用 <input type="checkbox"/> 担当者名、電話番号、FAX
18 申請法人の決算書					<input type="checkbox"/> 直近の決算書(新設法人で決算期前ならば不要)
19 収支予算書(任意様式)(事業開始月から1年以上の収支見込)					<input type="checkbox"/> 会計区分 <input type="checkbox"/> 内訳が明らか <input type="checkbox"/> 事業収支見込の不一致の確認(とくに家賃や人件費の計上注意)
20 介護給付費算定に係る届出書(別紙2)					【共通】 <input type="checkbox"/> 栄養改善体制(管理栄養士1名以上配置) <input type="checkbox"/> 口腔機能向上体制(言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員1名以上配置) 【介護給付】 <input type="checkbox"/> 算定区分(小規模・通常規模・大規模Ⅰ・大規模Ⅱ)別添5-4により確認 <input type="checkbox"/> 時間延長サービス体制(対応できる従業員について、勤務形態一覧表に○印を記入) <input type="checkbox"/> 個別機能訓練体制(加算Ⅰ:常勤専従の機能訓練指導員が提供時間を通じて1以上、加算Ⅱ:専従の機能訓練指導員が1以上) <input type="checkbox"/> 入浴介助体制(有→浴槽の写真) 【介護予防】 <input type="checkbox"/> 運動器機能向上体制(機能訓練指導員については介護給付と別の時間に専従する必要あり) <input type="checkbox"/> 事業所評価加算(申出)(有・無)
21 介護給付費算定に係る一覧表(別紙1、別紙1-2)					
22 老人居宅生活支援事業開始届(第16号様式の3)					(※特養等他の施設と共用する場合) <input type="checkbox"/> 不一致の確認(名称・所在地・代表者の氏名・実施区域・定員等) □事業計画書(任意様式)
23 老人デイサービスセンター等設置届(第16号様式の6)					(※単独で設置した場合) <input type="checkbox"/> 不一致の確認(名称・所在地・代表者の氏名・建物の構造・実施区域・定員等)
24 建築物等に係る関係法令確認書					<input type="checkbox"/> 関係法令につき、担当部署で確認した内容をご記入ください。

※管理者等申請内容を熟知した方が申請して下さい。

注) 次回点検にもこの用紙を一緒に提出してください。

(1) 指定申請書 (様式第1)

様式第1

		※受付番号												
<p>指定居宅サービス事業者 指定居宅介護支援事業者 指定介護老人福祉施設 介護老人保健施設 指定介護療養型医療施設 指定介護予防サービス事業者</p>		指定(開設許可)申請書												
名古屋市長 殿		年 月 日												
申請者		住 所 名古屋市中区三の丸三丁目〇番〇号 (法人の場合は、主たる事務所の所在地) 株式会社三の丸サービス 氏 名 代表取締役 名古屋 太郎 (法人の場合は、名称並びに代表者の職及び氏名)												
<p>指定居宅サービス事業者 指定居宅介護支援事業者 指定介護老人福祉施設 介護老人保健施設 指定介護療養型医療施設 指定介護予防サービス事業者</p>		第 70 条 第 1 項 第 79 条 第 1 項 第 86 条 第 1 項 第 94 条 第 1 項 第 107 条 第 1 項 第 115 条 の 2 第 1 項												
申請します。		に係る指定(開設許可)を受けたいので、介護保険法 の規定により、次のとおり												
		※事業所所在地市町村番号												
申 請 者	ふりがな 氏名又は名称	かぶしがいしやさんのまるさーびす 株式会社三の丸サービス												
	住所又は主たる事務所の所在地 (ビルの名称等)	名古屋市中区三の丸三丁目〇番〇号												
	連絡先電話番号	052-972-〇〇〇〇	FAX番号 052-972-〇〇△△											
	法人の種類	株式会社	法人所轄庁											
代表者の職・氏名・生年月日	職 名 代表取締役	ふりがな なごや たろう 氏名 名古屋 太郎	生年月日 昭和35年4月1日											
代表者の住所	(郵便番号 460 - 0000) 名古屋市中区〇〇〇××丁目〇番〇号													
ふりがな 事業所名称	さんのまるさーびすつうしよかいごじぎょうしよ 三の丸サービス通所介護事業所													
事業所の所在地	(郵便番号 460-0000) 名古屋市中区〇〇〇××丁目◆番地													
連絡先電話番号	052-97〇-〇〇〇〇	FAX番号	052-97〇-〇〇△△											
指 定 (開 設 許 可) を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設	事業等の種類	指定等を受けようとする事業等	事業開始等 予定年月日	事業等ごとの記載事項	既に指定等を受けている事業等 指定等年月日									
					介護保険事業所番号									
	訪問介護				別紙1のとおり	平成〇年〇月〇日	2	3	7	0	6	9	9	9
	訪問入浴介護				別紙2のとおり									
	訪問看護				別紙3のとおり									
	訪問リハビリテーション				別紙4のとおり									
	居宅療養管理指導				別紙5のとおり									
	通所介護	○	平成〇年〇月〇日		別紙6のとおり									
	通所リハビリテーション				別紙7のとおり									
	短期入所生活介護				別紙8のとおり									
	短期入所療養介護				別紙9のとおり									
	特定施設入居者生活介護				別紙10のとおり									
	福祉用具貸与				別紙11のとおり									
	特定福祉用具販売				別紙12のとおり									
	居宅介護支援事業				別紙13のとおり									
	介護老人福祉施設				別紙14のとおり									
	介護老人保健施設				別紙15のとおり									
	介護療養型医療施設				別紙16のとおり									
	介護予防訪問介護				別紙1のとおり	平成〇年〇月〇日	2	3	7	0	6	9	9	9
	介護予防訪問入浴介護				別紙2のとおり									
介護予防訪問看護				別紙3のとおり										
介護予防訪問リハビリテーション				別紙4のとおり										
介護予防居宅療養管理指導				別紙5のとおり										
介護予防通所介護	○	平成〇年〇月〇日		別紙6のとおり										
介護予防通所リハビリテーション				別紙7のとおり										
介護予防短期入所生活介護				別紙8のとおり										
介護予防短期入所療養介護				別紙9のとおり										
介護予防特定施設入居者生活介護				別紙10のとおり										
介護予防福祉用具貸与				別紙11のとおり										
特定介護予防福祉用具販売				別紙12のとおり										
医療機関等の区分及びコード	事業区分			コード										



① 申請者

- ・ 申請者は、法人でなくてはなりません。法人の種類は問いません。但し、介護保険サービスの実施にあたって、認可（社会福祉法人、医療法人等）が必要な法人については、別途法人を所管する部署との協議を行い、定款変更などの各手続きを済ませた上で、申請書類を提出してください。
- ・ 法人登記上、記載されている住所を記載します。（丁目・番地等は省略せずに記載すること。）
- ・ 法人の名称についても、省略しないで登記上の正式な法人名を記載します。（例：「株式会社」を「(株)」等のように省略しないこと。）
- ・ 郵便番号、電話番号など誤りがないようよく確認して記入してください。

② 印

- ・ 法務局に登録した印鑑（当該代表者印）を押印してください。

③ 法人所轄庁

- ・ 「法人の種類別」が株式会社、合同会社等の場合は空欄とし、社会福祉法人、医療法人、特定非営利活動法人などは、所管する（認可等を受けた）官庁を記入します。

④ 事業所名称

- ・ 名称中の空白に注意してください。記載どおり台帳登録しますので、正確に記入してください。  
例：「通所介護事業所なごや」とするのか「通所介護事業所 なごや」とするのか。（後者は、空白あり）
- ・ 類似の名称がある場合、何かとトラブルが起きることが想定されますから、「愛知県介護サービス情報公表システム」  
(<http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=23>)により、調査、確認の上、事業所名称を決めてください。
- ・ 他の介護サービス事業やその他の医療系サービス事業と混同するような名称は（「はり・灸・マッサージデイセンター」、「通所リハビリ○○」など）付さないようにしてください。

⑤ 事業開始等予定年月日

- ・ 申請書類を提出する日の属する月の翌々月の1日として記入してください。  
例：平成〇〇年5月中に受理の見込み → 平成〇〇年7月1日

⑥ 既に指定等を受けている事業等

- ・ 同一敷地内・同一申請者により既に指定等を受けている事業がある場合に、記入してください。

(2) 指定に係る記載事項 (別紙1)

別紙6 指定通所介護事業者・指定介護予防通所介護事業者の指定に係る記載事項

		※受付番号					
① 事業所	ふりがな 名称	さんのまるさーびすつうしょかいごじぎょうしょ 三の丸サービス通所介護事業所					
	所在地	(郵便番号 460 - 0000 ) 名古屋市中区〇〇〇×丁目◆番地					
	連絡先	電話番号 052-97〇-〇〇〇	FAX番号 052-97〇-〇〇△				
① 管理者	ふりがな 氏名	なごや たろう 名古屋 太郎	住所 (郵便番号 460 - 0000 ) 名古屋市中区〇〇〇×丁目◆番地				
	生年月日	昭和35年4月1日					
	事業所で他の職務を兼務する場合にあっては、その職務名		介護職員				
	一の敷地内の他の事業所等の職務を兼務する場合にあっては、その事業所等の名称、兼務する職務名及び勤務時間						
1日当たりの実施単位数		2	単位				
単位ごとの利用定員		1単位目 15 人	2単位目 15 人				
③ 単位ごとの従業者の員数		生活相談員	介護職員	看護職員	機能訓練指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	1 単位目	常勤(人)	1			1	1
		非常勤(人)		1	1		
	※基準上の必要員数(人)						
	※適合の可否						
	2 単位目	常勤(人)	1		1		
		非常勤(人)		1		1	1
		※基準上の必要員数(人)					
		※適合の可否					
食堂及び機能訓練室の合計面積		※基準上の必要面積		※適合の可否			
		95 m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup> 以上			
④ 主な 揭示 事項	営業日	月曜日から金曜日まで(但し、祝日、8月13日から15日、12月30日から1月3日を除く。)					
	サービス提供時間	午前10時から午後4時半まで					
	利用料	法定代理受領分(一割負担分)	介護報酬の告示上の額の1割				
		法定代理受領分以外	介護報酬の告示上の額				
	その他の費用	実施地域を超える交通費、食費、おむつ代等					
通常の事業の実施地域	名古屋市中区、北区、東区、守山区						

### ① 管理者

- ・ 管理者については、資格要件はありませんが、「常勤であり、かつ、原則として専ら当該事業所の管理業務に従事」しなくてはなりません。
- ・ 次の場合であって、当該事業所の管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができます。

ア 当該指定通所介護事業所の他の職務に従事する場合

イ 同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該事業所の管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合

次のような場合は、管理業務に支障があるとされ、兼務できません。

ア 管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合

イ 併設される入所施設において入所者に対しサービス提供を行う看護・介護職員と兼務する場合

- ・ 事業所で他の職務を兼務する場合にあつては、その職務名  
⇒通所介護事業所で他の職種と兼務する場合に記入
- ・ 同一敷地内の他の事業等の職務を兼務する場合にあつては、その事業所等の名称、兼務する職務名及び勤務時間  
⇒同一法人で同一敷地内にある他の事業所の職務と兼務する場合に記入する

### ② 1日当たりの実施単位数及び単位ごとの利用定員

1日当たりの単位数及び定員を記入してください。

### ③ 単位ごとの従業者の員数

- ・ 単位ごとの従業者の員数を記入してください。
- ・ 管理者と兼務する従業者は、常勤・兼務として記入します。常勤換算にあたっては、0.5人（管理者の常勤換算が0.5の場合）とします。
- ・ 後述の「従業者の勤務体制及び勤務形態（参考様式1）」の人数、常勤換算数と一致すること。
- ・ 管理者との兼務は可能ですが、勤務日においては、管理業務を半日以上することとしています。

例：管理者が月曜日から金曜日まで勤務するとして、

- 月曜日から金曜日の各日とも管理者として4時間、生活相談員として4時間勤務する場合
- × 月曜日から木曜日まで管理者として勤務し、金曜日は生活相談員として勤務する場合

#### ④ 主な揭示事項

- ・ 「営業日」「サービス提供時間」は、運営規程に記載されている内容のとおり記入してください。

- ・ 「利用料」は、記入例のとおり記入していただければ結構です。

通常は、法定代理受領（現物給付）ですが、保険料滞納者などについては、支払方法が変更され、償還払い（いったん全額を利用者が負担する）とされます。

- ・ 「その他の費用」は、通常の事業の実施地域以外の場合の交通費（移動に要する実費）、食費、おむつ代等が該当します。愛知県のホームページ「利用料ガイドライン」を参照してください。

([http://www.pref.aichi.jp/korei/kaigohoken/guidelines/guidelines\\_indexhtml](http://www.pref.aichi.jp/korei/kaigohoken/guidelines/guidelines_indexhtml))

- ・ 「通常の事業の実施地域」は、運営規程に定めたとおりに記載してください。書ききれない場合は、「別記」とし、別に記載した用紙を添付してください。

- ・ 「通常の事業の実施地域」は、サービス提供のできる地域ではなく、この地域以外の利用者であっても利用者が希望すればサービスを提供することができます。

- ・ したがって、利用者の立場からは、通常の事業の実施地域が明確でないと不利益を被る場合もあるため、通常の事業の実施地域は客観的に定める必要があります、原則として、行政区画により規定します。

例:○ 名古屋市千種区、北区、西区、中区三の丸二丁目及び三の丸三丁目

× 名古屋市千種区、北区、西区、「中区の一部」

事業者の立場からは、「通常の事業の実施地域」は、次のような意義があります。

ア 事業者は正当な理由なくサービスの提供を拒むことができないが、通常の事業の実施地域外であることは、正当な理由とされる。

イ 通常の事業の実施地域以外の場合には、交通費（移動に要する実費）をその他の費用として徴収できる。

#### (3) 定款（写し）

- ・ 法人の定款のコピー（原本証明必要）を添付してください。

- ・ 介護保険の通所介護事業を法人の事業として明確に位置づけていることを確認するため、原則として、目的として、「介護保険法に基づく通所介護、介護予防通所介護事業」、「介護保険上の居宅サービス事業、介護予防サービス事業」などの規定がなされていることが必要です。

#### (4) 商業登記事項証明書

- ・ 商業登記、法人登記の登記事項証明書（3か月以内に法務局から発行された原本）を添付してください。

- ・ 登記申請中で月末までに、商業登記事項証明書が提出できない場合は、補正依頼申立書と法務局の受領印が押してある登記申請書類を提出してください。

#### (5) 欠格事由に該当しない旨の誓約書

- ・ サービスの質の向上と悪質な事業者の排除を目的として、平成18年4月の改正で、指定を行わない場合として、法人の役員等の欠格事由が規定されました。
- ・ この欠格事由に該当する役員等がないことについて、「欠格事由に該当していない旨の誓約書（別紙20-1 居宅サービス用）」を提出します。
- ・ 介護予防通所介護事業を実施する場合は、「欠格事由に該当していない旨の誓約書（別紙20-6 介護予防サービス用）」もあわせて提出してください。
- ・ 基準条例に基づく「暴力団の排除に関する誓約書（別紙21）」を提出してください。
- ・ 役員等には、管理者を含みます。

#### 役員<sup>①</sup>の範囲

「医療法人」・・・①理事、②監事

「社会福祉法人」・・・①理事、②監事

「特定非営利活動法人」・・・①理事、②監事

「合同会社」（有限責任社員のみで構成）・・・①全社員

「合名会社」（無限責任社員のみで構成）・・・①全社員

「合資会社」（有限責任社員と無限責任社員とで構成）・・・①全社員

「株式会社」・・・①取締役（社外取締役を含む）、②執行役、③監査役（社外監査役）、  
④会計参与

「地方公共団体」・・・①市町村長、②副市町村長

欠格事由に該当していない旨の誓約書

名古屋市長殿

申請者 住所

名古屋市中区三の丸三丁目〇番〇号

氏名 (法人にあっては名称及び代表者名)

株式会社 三の丸サービス

代表取締役 名古屋 太郎 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70条第2項)

- 一 申請者が都道府県の条例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、第七十四条第一項の厚生労働省令で定める基準及び同項の厚生労働省令で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第七十四条第二項に規定する指定居宅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居宅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、社会保険各法の定めるところにより納付義務を負う保険料、負担金又は掛金(地方税法の規定による国民健康保険税を含む。以下この号、第九十四条第三項第五号の二、第一百七条第三項第四号の二、第一百五十五条の二第二項第五号の二及び第二百三条第二項において「保険料等」という。)について、当該申請をした日の前日までに、これらの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すべて(当該処分を受けた者が、当該処分に係る保険料等の納付義務を負うことを定める法律によって納付義務を負う保険料等に限る。第九十四条第三項第五号の二、第一百七条第三項第四号の二及び第一百五十五条の二第二項第五号の二において同じ。)を引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、第七十七条第一項又は第一百五十五条の三十五第六項の規定により指定(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(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以上の支配力を有するものと認められる者を含む。第五節及び第二百三条第二項において同じ。)又はその事業所を管理する者その他の政令で定める使用人(以下「役員等」という。)であった者で当該取消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病院等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病院等の管理者であった者で当該取消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、指定居宅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居宅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居宅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（特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、第七十七条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（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、その取消しの日から起算して五年を経過しない者（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申請者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む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅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居宅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居宅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（申請者（法人に限る。以下この号において同じ。）の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの（以下この号において「申請者の親会社等」という。）、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの）のうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。以下この章において同じ。）が、第七十七条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、その取消し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、指定居宅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居宅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居宅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、第七十七条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七十五条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、第七十六条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七十七条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。）までの間に第七十五条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七十五条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病院等（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。

十一 申請者が、法人でない病院等で、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。

欠格事由に該当していない旨の誓約書

名古屋市長殿

申請者 住所

名古屋市中区三の丸三丁目〇番〇号

氏名 (法人にあっては名称及び代表者名)

株式会社 三の丸サービス

代表取締役 名古屋 太郎 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六号まで又は第七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場合は、その管理者が下記の第四号から第六号まで又は第七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厚生労働省令で定める基準及び同項の厚生労働省令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すべ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、その取消し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病院等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病院等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、その取消しの日から起算して五年を経過しない者 (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申請者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、その取消し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。
- 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病院等(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。
- 十一 申請者が、法人でない病院等で、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。

日付は空欄

平成 年 月 日

## 暴力団の排除に関する誓約書

名古屋市長殿

名古屋市暴力団排除条例（平成 24 年名古屋市条例第 19 号）第 2 条第 1 号に規定する暴力団を利することとならないよう事業を運営することを誓います。

申請者 住所

名古屋市中区三の丸三丁目〇番〇号

氏名（法人にあつては名称及び代表者名）

株式会社 三の丸サービス

代表取締役 名古屋 太郎 印

(6) 役員名簿

- ・ 誓約書の対象となる役員等について一覧表に記してください。
- ・ 役員等の範囲は、当該法人の申請書類を提出する日現在の役員（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ない。）及び管理者です。
- ・ 管理者を忘れずに記載してください。なお、役員が管理者となる場合の役職名は実態に合わせ「取締役兼管理者」等と記してください。
- ・ サービス提供責任者は、不要です。

様式第20-7

役員名簿

( 1 枚中の 1 )

(ふりがな) 氏名	生年月日	役職名	(郵便番号) 住所
なごや たろう 名古屋 太郎	昭 35. 04. 01	代表取締役 兼管理者	( 460 - 0000 ) 名古屋市中区〇〇〇×丁目◆番地
あつた みなみ 熱田 南	昭 32. 01. 02	取締役	( 465 - 0000 ) 小牧市〇〇一丁目〇番〇号
もりやま みずほ 守山 瑞穂	昭 45. 01. 02	監査役	( 484 - 0000 ) 犬山市〇〇大字〇〇字〇〇
			( - )
			( - )
			( - )
			( - )
			( - )
			( - )
			( - )
			( - )

**(7) 土地・建物が賃貸にあつてはその契約書の写し(原本証明必要)**

- ・ 事業所の土地・建物が賃貸である場合には、賃貸契約書のコピーを添付します。
- ・ 賃貸借の借り主は、申請者(法人)でなくてはなりません。代表取締役個人名での契約の場合や代表取締役が経営している他の会社名の場合などは、認められません。
- ・ 取締役が個人所有している物件を当該法人と賃貸契約している場合は、一般に民法で規定された自己契約にあたりますので、株主総会(取締役会設置会社においては取締役会)の承認が必要です。この場合は、承認時の議事録の写し(原本証明必要)を添付してください。
- ・ 賃貸借契約書に、「住居としてのみ使用する」など条件が付されている場合は、あらためて、貸し主に「通所介護事業所として使用すること」を認める旨記した書面をもらい、コピーを添付してください。
- ・ 事業所の建物が法人所有である場合で、登記事項証明書が月末までに提出できない場合は、建物の検査済証及び引渡し証の写し(原本証明必要)を提出し、速やかに登記手続きを行ってください。

**(8) 平面図(参考様式3)**

- ・ 事業の運営を行うために必要な広さを有する特定の区画が必要です。
  - 食堂及び機能訓練室(ともに支障のない場合のみ合算可能。合計面積が利用者1人当たり3㎡以上(内法))
  - 静養室
  - 相談室(遮蔽物の設置等で、プライバシーを確保すること)
  - 事務室
- ・ 他の事業所と同じ事務室を共用しても構いませんが、机などそれぞれの備品がどの事業所にあたるのか明確に区分し、トイレ、相談室など共用する場合はその旨明記してください。
- ・ サービス提供に必要な設備・備品(洗面所・トイレ・書庫など)も記載します。
- ・ 次の「主要な場所の写真」にて確認するため、平面図に写真の番号と撮影した方向を記入してください。

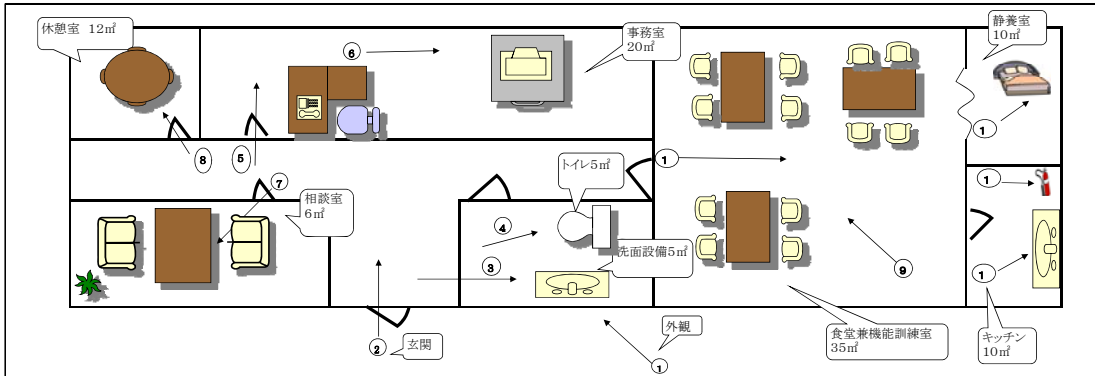
**(9) 設備の概要(参考様式5)**

- ・ 基準上必要とされている設備について、事業を実施するにあたり必要な備品等を記載してください。

(参考様式3)

事業所の平面図 (通所介護事業)

事業所又は施設の名称 三の丸〇〇通所介護事業所



- 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。  
 3 平面図の他に、現場確認は原則として写真を用いて判断しますので、事業所の外観(入口等が利用者にとってわかりやすい方)および内部(事業所・相談スペース・サービスの担当者会議等のスペース)の広さや数字がわかるような写真をA4版の紙(台紙)に貼り付け、当該写真の横に撮影場所と平面図における番号を記載してください。  
 4 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。

(9) 設備の概要 (参考様式5)

(参考様式5)

設備の概要

サービス種類 ( )  
 事業所名・施設名 ( )

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		
備品の品目	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、「居居面積等一覧表」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、その旨をあわせて記載してください。  
 3 「適合の可否」欄には、何も記載しないでください。

(10) 主要な場所の写真（参考様式 1 2）

- ・ 写真は、最新の状況を撮影したものであること。
- ・ 写真は、カラー写真としてください。
- ・ 写真は、①建物全景、②建物玄関（入口）、③事務室（四方から撮影）、④相談室、⑤食堂及び機能訓練室、⑥洗面所（衛生面の観点よりアルコール消毒液、ペーパータオル等設置）、⑦トイレ、⑧静養室、⑨設備・備品（個人情報を管理できるキャビネット、パソコン、ファックス、電話など）⑩非常災害設備について、貼付してください。
- ・ 撮影した日付を記入してください。
- ・ 写真説明欄には、（8）平面図に付した番号（撮影位置を示したもの）と説明を記入してください。

<p style="text-align: center;">主 要 な 場 所 の 写 真</p>	<p>注)1、撮影年月日入力 2、撮影位置、写真内容等説明を記入してください 3、工事中、改修中は確認がとれませんので不可</p>
Empty space for photos	<p>撮影日 平成 年 月 日</p>
	<p>写真説明</p>
	<p>① 建物外観</p>
	<p> </p>
	<p> </p>
	<p> </p>
	<p> </p>
	<p> </p>
	<p> </p>
	<p> </p>
	<p> </p>
	<p> </p>
	<p> </p>
Empty space for photos	<p>撮影日 平成 年 月 日</p>
	<p>写真説明</p>
	<p>② 建物玄関</p>
	<p> </p>
	<p> </p>
	<p> </p>
	<p> </p>
	<p> </p>
	<p> </p>
	<p> </p>
	<p> </p>
	<p> </p>
	Empty space for photos
<p>写真説明</p>	
<p>③</p>	
<p>食堂及び機能訓練室</p>	
<p>静養室</p>	
<p>相談室</p>	
<p>事務室</p>	
<p>備品(机、椅子、パソコン、通信機器など)</p>	
<p>非常災害設備 など</p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	

(11) 管理者経歴書（参考様式2）及び雇用関係を証する書類  
（参考様式2）

管理者 経歴書

事業所又は施設の名称		三の丸サービス通所介護事業所	
カナ	ナゴヤ タロウ	生年月日	昭和35年4月1日
氏名	名古屋 太郎		
住所	(郵便番号 460-0000) 名古屋市中区〇〇〇×丁目◆番地		
電話番号	(052) 961-〇〇〇〇		
主 な 職 歴 等			
年月日 ~ 年月日	勤 務 先 等		職務内容
昭和57年4月1日 ~平成3年3月31日	社会福祉法人〇〇市社会福祉協議会 〇〇訪問介護事業所		ホームヘルパー
平成3年4月1日 ~平成10年6月30日	在宅		
平成10年7月1日 ~平成17年3月31日	社会福祉法人〇〇 ××デイサービス		介護職員
平成17年4月1日 ~平成19年8月31日	社会福祉法人〇〇 ××居宅介護支援事業所		介護支援専門員
平成19年9月1日 ~平成23年3月31日 (予定)	株式会社愛知〇〇サービス デイサービス 〇〇		管理者
職 務 に 関 連 す る 資 格			
資格の種類		資格取得年月日	
介護福祉士		平成10年4月16日	
介護支援専門員		平成16年3月31日	
備考（研修等の受講の状況等）			

(経歴書)

- ・ 主な職歴等については、現在からさかのぼって、5つの職歴等を記入してください。
- ・ 現在、他の職場に勤務している方については、その職場をいつ退職し、いつから





ただし、労働基準法に規定する変形労働時間制を採用している事業所、労働者数10人未満で特例措置対象適用の事業所は除きます。

- ・ 1週32時間以下の場合については、常勤職員の勤務すべき時間は、1週32時間としてください。

#### ④ 職種

- ・ 「管理者」「生活相談員」「介護職員」「看護職員」「機能訓練指導員」の順に記入してください。
- ・ 管理者が他の職種を兼務する場合は、該当職員のところにも記入してください。
- ・ 常勤換算の計算は、職種ごとにしてください。

#### ⑤ 勤務形態

- ・ 勤務形態の区分（A，B，C，D）は、常勤か非常勤か、専従か兼務かによって区別されています。

区分	専従	兼務
常勤	A	B
非常勤	C	D

- ・ 介護保険事業所上の常勤、非常勤、専従及び兼務の意味は次のとおりです。

常勤	正規職員、パート、派遣など雇用形態にかかわらず、「常勤職員の勤務時間数」を勤務する場合はすべて常勤です。
非常勤	この事業所における勤務時間が、「常勤職員の勤務時間数」に満たない場合は、非常勤です。正規職員であっても同一法人の他の事業所を兼務している場合などは、非常勤です。
専従	従業者が当該事業所の他の職種に従事していない場合や、管理者が同一敷地内の同一法人が経営する他の事業所の管理者として従事していない場合です。
兼務	従業者が当該事業所の他の職種又は管理者が同一敷地内の同一法人が経営する他の事業所の管理者として従事している場合です。

- ・ 管理者は、常勤でなくてはなりません。管理者の場合は、支障がない場合は「常勤・兼務（B）」も認められます。

#### ⑥ 氏名

- ・ 資格証と不一致がないようにしてください。改姓されている場合は、公的機関が発行する書類により改姓したことを示す必要があります。具体的には、戸籍抄本、免許証の裏書き、年金手帳などのコピーを提出してください。

#### ⑦ 資格

- ・ 有している資格のうち、職務に従事するために必要な資格（複数ある場合は、上

位の資格)を簡潔に記載してください。

⑧ 4週合計・週平均の勤務時間

- ・ 「4週合計」は、1日から28日までの時間数を合計した数字を記入してください。
- ・ ただし、「平均の勤務時間」は、祝日や年末年始の特別休業がなかったものとして、通常の週の平均勤務時間を記入してください。

例：1日8時間の常勤職員

→ 年末年始休業もあり4週の合計が128時間であったとしても、週平均勤務時間は、40時間とする。

⑨ 常勤換算後の人数（P5参照）

- ・ 常勤換算の数字は、(職種ごとの「週平均の勤務時間」の合計数) ÷ (常勤職員の1週間あたりの勤務時間) で計算し、小数点以下第2位を切り捨てます。

⑩ 兼務先及び兼務する職種

- ・ 同一事業所の他の職種に従事するか、同一敷地内で同一法人が行う事業に従事している場合、兼務先と兼務する職種、従事時間（例：1日4時間、週20時間）を記入します。

(13) 就業規則

- ・ 常時10人以上の労働者を使用する使用者は、就業規則を作成・労働基準監督署へ届出することとされていますので、そのコピーを添付してください。

なお、短時間労働者、いわゆるパートタイマーであっても、「常時10人以上の労働者」の対象となります。

- ・ 就業規則を作成する必要のない使用者は提出する必要はありません。
- ・ ただし、当該事業所においては10人未満であるが、同一法人の他の事業所において就業規則を作成しており、その就業規則を当該事業所の職員にも適用する場合は、その就業規則を添付してください。

(14) 資格が必要な職種の資格証・証明書

- ・ 下記の職員については、資格等が必要ですので、その資格等を証する書類(登録証、免許証等)のコピーを添付してください。合格証書では不可ですので注意してください。

職種	資格要件
生活相談員	①社会福祉主事（社会福祉主事任用資格） ②社会福祉士 ③介護福祉士 ④精神保健福祉士 ⑤保育士 ⑥介護支援専門員
看護職員	①看護師 ②准看護師

機能訓練指導員	①理学療法士 ②作業療法士 ③言語聴覚士 ④看護職員（看護師又は准看護師） ⑤柔道整復師 ⑥あん摩マッサージ指圧師
---------	---

- ・ 結婚等により現在の姓と資格証の姓が異なる場合は、公的機関が発行する書類により改姓したことを示す必要があります。具体的には、戸籍抄本、免許証の裏書き、年金手帳などのコピーを提出してください。
- ・ 資格証は、A4サイズにコピーして添付してください。

#### (15) 運営規程（居宅サービス、介護予防サービス共通）

- ・ 運営規程には、次の内容を記載する必要があります。

1	事業の目的及び運営の方針	
2	従業者の職種、員数及び職務の内容	
3	営業日及び営業時間	
4	指定通所介護の内容及び利用料その他の費用の額	
5	通常の事業の実施地域	客観的にその区域が特定されること。
6	緊急時等における対応方法	
7	その他運営に関する重要事項	

- ・ 運営規程の例をNAGOYAかいごネット  
(<http://www.pref.aichi.jp/korei/kaigohoken/application/form/provision/15-65.doc>)に掲載していますので、参考にしてください。
- ・ 従業者の職種、員数は、(2) 指定に係る記載事項及び(12) 従業者の勤務体制及び勤務形態の記載と合致するようにしてください。

#### (16) 苦情を処理するための措置の概要（参考様式6）

- ・ 参考例をNAGOYAかいごネット  
(<http://www.pref.aichi.jp/korei/kaigohoken/application/form/sankou/sy06.doc>)に掲載していますので、参考に記入してください。

#### (17) 申請法人の決算書

- ・ 法人の直近の決算書類のコピー(原本証明必要)を提出します。通常は、貸借対照表と損益計算書があれば、細かな明細を添付する必要はありません。
- ・ 法人設立後まもなくであり、決算書類を作成していない場合は添付不要です。

#### (18) 収支予算書（任意様式）（事業開始月から1年以上の収支見込）

- ・ 事業者は、事業所ごとに経理を区分し、指定通所介護の事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければなりません。
- ・ 事務室の共用をする場合など、原則、費用の按分をしてください。費用按分が困難な経費については、主たる事業に一括して計上することも認めます。

- ・ 赤字が継続するような収支予算書の場合、2年目以降の収支予算書を作成していただきます。場合によっては、事業計画の再検討等をお願いする場合があります。

(19) 介護給付費算定に係る届出書

別紙2

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

名古屋市長 殿

平成 年 月 日

所在地 名古屋市中区三の丸三丁目〇番〇号  
 名称 株式会社三の丸サービス  
 代表者の氏名 名古屋太郎

①

印

②

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

届出者	フリガナ	かぶしきがいしゃさんのまるさーびす				
	名称	株式会社三の丸サービス				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号460-8501) 名古屋市中区三の丸三丁目〇番〇号				
	連絡先	電話番号	052-972-〇〇〇〇	FAX番号 052-972-〇〇△△		
	法人の種類別	株式会社	法人所轄庁			
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役	フリガナ 氏名	ナゴヤ クロウ 名古屋太郎	
代表者の住所	(郵便番号 460 - 〇〇〇〇) 名古屋市中区〇〇〇××丁目〇番〇号					
事業所の状況	フリガナ	さんのまるさーびすつうしょかいごじぎょうしょ				
	事業所の名称	三の丸サービス通所介護事業所				
	事業所の所在地	(郵便番号 460 - 〇〇〇〇) 名古屋市中区〇〇〇××丁目〇番〇号				
	連絡先	電話番号	052-97〇-〇〇〇〇	FAX番号 052-97〇-〇〇△△		
	管理者の氏名	名古屋 太郎				
	管理者の住所	(郵便番号 460 - 0000) 名古屋市中区〇〇〇××丁目◆番地				
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(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)
	訪問介護	○	平成〇年〇月〇日	1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問介護	○	平成〇年〇月〇日	1新規 2変更 3終了		
	訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
	訪問看護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問看護			1新規 2変更 3終了		
	訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	通所介護	○		1新規 2変更 3終了	平成〇年〇月〇日	
	介護予防通所介護	○		1新規 2変更 3終了	平成〇年〇月〇日	
	通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	介護予防通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了		
	短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了		
	特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了		
	福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了		
	介護予防福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了		
	特定福祉用具販売			1新規 2変更 3終了		
	介護予防特定福祉用具販売			1新規 2変更 3終了		
	居宅介護支援事業			1新規 2変更 3終了		
	施設	介護老人福祉施設		1新規 2変更 3終了		
		介護老人保健施設		1新規 2変更 3終了		
		介護療養型医療施設		1新規 2変更 3終了		
	介護保険事業所番号	2 3				
医療機関コード等						
特	更	前	変	更	後	

①

③

④

①、② 届出者・印

- ・ 注意事項は、指定申請書の記入要領と同様です。
- ・ 郵便番号、電話番号など誤りがないようよく確認して記入してください。

③ 事業所の状況

- ・ 指定申請書類等と記載内容に違いがないよう確認してください。

④ 異動（予定）年月日

- ・ 申請書類を提出する日の属する月の翌々月の1日として記入してください。  
例：平成〇〇年5月中に受理の見込み → 平成〇〇年7月1日

(20) 介護給付費算定に係る一覧表(別紙1、別紙1-2)

(別紙1)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援)

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										割引					
各サービス共通				地域区分	1	2	3	4	5	6	7	8	9	その他					
11 訪問介護	1 身体介護 2 生活援助 3 通院等乗降介助			特別地域加算	1	なし	2	あり								1 なし 2 あり			
				日中の身体介護の分業連携制	1	なし	2	あり											
				サービス提供責任者体制の構築	1	なし	2	あり											
				同一建物に居住する利用者の減算	1	なし	2	あり											
				特定事業所加算	1	なし	2	加算Ⅰ	3	加算Ⅱ	4	加算Ⅲ							
12 訪問入浴介護				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)	1	非該当	2	該当											
				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)	1	非該当	2	該当											
				介護職員処遇改善加算	1	なし	2	加算Ⅰ	3	加算Ⅱ	4	加算Ⅲ							
				同一建物に居住する利用者の減算	1	なし	2	あり											
				特別地域加算	1	なし	2	あり											1 なし 2 あり
13 訪問看護	1 訪問看護ステーション 2 病院又は診療所 3 定額退院・精神科対応サービス連携			同一建物に居住する利用者の減算	1	なし	2	あり											
				特別地域加算	1	なし	2	あり											
				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)	1	非該当	2	該当											
				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)	1	非該当	2	該当											
				サービス提供体制強化加算	1	なし	2	あり											
14 訪問リハビリテーション	1 病院又は診療所 2 介護老人保健施設			同一建物に居住する利用者の減算	1	なし	2	あり											
				サービス提供体制強化加算	1	なし	2	あり											
				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									
				時間延長サービス体制	1	対応不可	2	対応可											
				人介介助体制	1	なし	2	あり											なし 2 あり
⑬ 通所介護	3 小規模型事業所 ④ 通常規模型事業所 6 大規模型事業所(Ⅰ) 7 大規模型事業所(Ⅱ) 8 商業通所介護事業所			特別機能訓練体制	1	なし	2	加算Ⅰ	3	加算Ⅱ	4	加算Ⅲ							
				若年性認知症利用希望者受入加算	1	なし	2	あり											
				実業改善体制	1	なし	2	あり											
				口腔機能向上体制	1	なし	2	あり											
				サービス提供体制強化加算	1	なし	2	加算Ⅰ	3	加算Ⅱ	4	加算Ⅲ							
16 通所リハビリテーション	4 通常規模の事業所(病院・診療所) 7 通常規模の事業所(介護老人保健施設) 5 大規模の事業所(Ⅰ)(病院・診療所) 6 大規模の事業所(Ⅱ)(介護老人保健施設) 9 大規模の事業所(Ⅲ)(介護老人保健施設)			職員の欠員による減算の状況	1	なし	2	医師	3	看護職員	4	介護職員	5	理学療法士	6	作業療法士	7	言語聴覚士	
				時間延長サービス体制	1	対応不可	2	対応可											
				人介介助体制	1	なし	2	あり											
				認知症対応型通所介護併設加算	1	なし	2	あり											
				若年性認知症利用希望者受入加算	1	なし	2	あり											

※ 加算の根拠となるサービスの内容、体制が確保されていることが前提となります。

① 事業所名を記入

② 事業所番号を記入(新規の場合は、記入不要)

③ 地域区分

- ・ 名古屋市内の事業所については、「3. 3級地」です。

④ 施設等の区分欄

- ・ 通所介護の算定区分確認表[新規事業者用]（別添5-4）により事業所の規模を算出し、1、小規模型事業所 2、通常規模型事業所 3、大規模型事業所Ⅰ 4、大規模型事業所Ⅱ 5、療養通所介護事業所いずれかに○をつけます。

(別添5-4)									
<b>通所介護の算定区分確認表【新規事業者用】</b> <b>(小規模・通常規模・大規模Ⅰ・大規模Ⅱ)</b>									
・利用定員の90%に、予定される1月当たりの営業日数を乗じて得た数で計算し、事業所規模区分を確認する。									
<b>運営規程に掲げる定員 × 90% × 予定される1月当たりの営業日数</b>									
<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>	人	×	90%	×	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>	日	=	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>	≤300人;小規模 ≤750人;通常規模 ≤900人;大規模Ⅰ >900人;大規模Ⅱ
注1) 予定される1月当たりの営業日数は、指定日から1年間の営業予定日数を12で割って算定する。									
注2) 3時間以上5時間未満の報酬を算定している利用者(2時間以上3時間未満の報酬を算定している利用者を含む)は、利用者数に2分の1を乗じて得た数とし、5時間以上7時間未満の報酬を算定している利用者は利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。									
注3) 毎日事業を実施している事業所(正月等の特別な期間を除く)については、一週当たりの利用延人員数に6/7を乗じた数を合算したものにより、月当たりの平均利用者数を計算する。									
注4) 介護予防のみを別単位で実施している事業所は、当単位の定員数は含めないこと。									



介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(介護予防サービス・介護予防支援)

事業所番号	
事業所名	三の丸サービス連携介護事業所

提供サービス 各サービス共通	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等	割引	
61 介護予防訪問介護			同一建物に居住する利用者の減算	1 1級地 2 2級地 3 3級地 4 4級地 5 5級地 6 5級地の2 7 6級地 8 6級地の2 9 その他	なし 2 あり
			特別地域加算	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	
			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)	1 非該当 2 該当	
			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)	1 非該当 2 該当	
62 介護予防訪問入浴介護			同一建物に居住する利用者の減算	1 なし 2 あり	なし 2 あり
			特別地域加算	1 なし 2 あり	
			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)	1 非該当 2 該当	
			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)	1 非該当 2 該当	
			サービス提供体制強化加算	1 なし 2 あり	
63 介護予防訪問看護	1 訪問看護ステーション 2 病院又は診療所		介護職員処遇改善加算	1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ 4 加算Ⅲ	なし 2 あり
			同一建物に居住する利用者の減算	1 なし 2 あり	
			特別地域加算	1 なし 2 あり	
			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)	1 非該当 2 該当	
			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)	1 非該当 2 該当	
64 介護予防 訪問リハビリテーション	1 病院又は診療所 2 介護老人保健施設		サービス提供体制強化加算	1 なし 2 あり	なし 2 あり
			同一建物に居住する利用者の減算	1 なし 2 あり	
			特別地域加算	1 なし 2 あり	
			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)	1 非該当 2 該当	
			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)	1 非該当 2 該当	
65 介護予防通所介護			職員の欠員による減算の状況	1 1 2 看護職員 3 介護職員	なし 2 あり
			若年性認知症利用者受入加算	1 1 2 あり	
			生活機能向上グループ加算	1 1 2 あり	
			運動器機能向上体制	1 1 2 あり	
			栄養改善体制	1 1 2 あり	
			口腔機能向上体制	1 1 2 あり	
			若年性認知症利用者受入加算	1 1 2 あり	
			事業所評価加算(申出)の有無	1 1 2 あり	
			サービス提供体制強化加算	1 1 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ	
			介護職員処遇改善加算	1 1 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ 4 加算Ⅲ	
66 介護予防 通所リハビリテーション	1 病院又は診療所 2 介護老人保健施設		職員の欠員による減算の状況	1 1 2 医師 3 看護職員 4 介護職員 5 理学療法士 6 作業療法士 7 言語聴覚士	なし 2 あり
			運動器機能向上体制	1 1 2 あり	
			栄養改善体制	1 1 2 あり	
			口腔機能向上体制	1 1 2 あり	
			若年性認知症利用者受入加算	1 1 2 あり	
			事業所評価加算(申出)の有無	1 1 2 あり	
			サービス提供体制強化加算	1 1 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ	
			介護職員処遇改善加算	1 1 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ 4 加算Ⅲ	
			特別地域加算	1 1 2 あり	
			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)	1 非該当 2 該当	
67 介護予防福祉用具貸与			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)	1 非該当 2 該当	なし 2 あり

【共通】

- 栄養改善加算 (管理栄養士 1 名以上配置)
- 口腔機能向上加算 (言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を 1 名以上配置)

【介護給付】

- 算定区分(小規模・通常規模・大規模Ⅰ・大規模Ⅱ)別添5-4により確認
- 時間延長サービス体制(対応できる従業者について、勤務形態一覧表に○印を記入)
- 個別機能訓練加算

(加算Ⅰ：常勤専従の機能訓練指導員がサービス提供時間を通じて1以上、加算Ⅱ：利用者に対して直接訓練を行う専従の機能訓練指導員が1以上(非常勤可))

- 入浴介助体制(有→浴槽の写真)

【介護予防】

- 生活機能向上グループ活動加算(機能訓練指導員が行う場合については介護給付と別の時間に専従する必要あり。)
- 運動器機能向上加算(機能訓練指導員については介護給付と別の時間に専従する必要あり)
- 事業所評価加算(申出)(有・無)

※ サービス提供体制強化加算は事業所として3ヶ月分の実績が必要です。よって、新規指定から4ヶ月目の事業所が、加算要件に合致した場合に届け出ることができます。

※ 名古屋市では、個別機能訓練加算Ⅱと運動器機能向上加算を併せて算定する場合は、サービス提供時間中、個別機能サービスの時間+運動機能向上サービスの1時間の機能訓練指導員の配置が必要です。

※ 個別機能訓練加算Ⅱと生活機能向上グループ加算を併せて算定し、機能訓練指導員が生活機能向上グループ活動サービスを行う場合は、個別機能訓練サービスの時間+生活機能向上グループ活動サービスの時間の機能訓練指導員の配置が必要です。

(21) 老人福祉法上の届出

① 特養等他の施設と共用する場合

老人居宅生活支援事業開始届（第16号様式の3）

② 単独で設置した場合





老人デイサービスセンター等設置届（第16号様式の6）

※ 様式を間違えないよう注意してください。記載例は、様式をダウンロードしていただければ、様式の次のページに入っています。

(22) 建築物等に係る関係法令確認書

- ・ 建築基準法、都市計画法、消防法上適合しているかについて、担当部署で確認した内容を記入してください。

建築物等に係る関係法令確認書			
以下、関係法令について設計図面を持参の上確認しましたので、その内容を証明します。			
介護保険事業所としての使用面積			
_____ m <sup>2</sup>			
法人名			
事業所名			
(該当する種別に「レ点」を記入してください。)			
建築基準法上の分類	老人福祉施設	<input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護 <input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス	
	病院・診療所	<input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護	
<input type="checkbox"/> 消防法関係			
確認日			
確認部署		名古屋市                      消防署 (例:千種消防署)	
担当者名			
確認内容	消防署による消防検査 (いずれかに○を記入)		実施                      未実施
	(下記、①～②のいずれかに○を記入)		
	実施	① 上記消防署による消防検査をすでに受け、消防検査済証を受領している。	
	未実施	② 上記担当者に確認したところ、_____との理由から検査を受けなくてもよいとの回答を得ている。	
[次ページに続く]			

□ 建築基準法、都市計画法関係		
新築・増築等、用途変更の別 (いずれかに○を記入)		新築・増築等
		用途変更
(下記、①～③のいずれかに○を記入)		
新築・増築等	① 新築・増築等のため、建築確認を取得後建築した。検査済証受領済み。	
用途変更	② 100㎡超の用途変更を伴ったため、建築確認を取得後改修した。確認済証受領済み。	
 ①、②以外の場合には以下へお進みください。		
確認日		
確認部署	名古屋市住宅都市局建築審査課	
担当者名		
確認内容	用途変更	③ 100㎡以下の用途変更のため、上記担当者より建築確認不要との回答を得た。
 ③の場合には、以下いずれかにお進みください。		
(市街化区域の場合)		(市街化調整区域の場合)
		
	確認日	
	確認部署	名古屋市住宅都市局開発指導課
	担当者名	
	確認内容	(例) 上記担当者より都市計画法上の建築許可が必要との回答を受け、当該建築許可を取得後用途変更した。
		[次ページに続く]

						
確認日						
確認部署	建築士事務所名 _____ 事務所					
建築士名						
確認内容	<p>建築確認を取得せず用途変更したが、一級建築士等に確認してもらい、用途変更後の建物が建築基準法の基準を満たしていることを確認済み。</p> <p>また併せて、事業所所在地が市街化区域内の場合には、市街化区域内の用途地域(第1種低層住居専用地域や近隣商業地域等の12用途地域のこ)として都市計画法の基準を満たしていることも当該一級建築士等により確認済み。</p>					
<input type="checkbox"/> その他関係法令等( _____ 法 _____ 例) 農地法 )						
確認日						
確認部署						
担当者名						
必要手続きの名称						
確認内容						
(以下、介護保険課記載欄)						
[各確認部署担当者様へ] 上記で整理できない案件については、下記担当者へご連絡ください。						
担当部署	名古屋市健康福祉局介護保険課					
担当者名						
電話番号	052-972-3487					