

※受付番号

指 定 申 請 書

年 月 日

(宛先)名古屋市長

申請者 所在地
 名称
 代表者の職・氏名
 (法人以外の場合にあつては、)
 住所及び氏名

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、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

予防専門型訪問サービス
 生活支援型訪問サービス
 なお、名古屋市 予防専門型通所サービス の人員、設備及び運営に関する基準を定める要領を満たしていること及び名古屋市暴力団排除条例(平
 ミニデイ型通所サービス
 運動型通所サービス
 自立支援型配食サービス

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用することとならないよう事業運営することを誓います。

※事業所所在地市町村番号

申 請 者	フリガナ		フリガナ		フリガナ		フリガナ		フリガナ			
	名 称		フリガナ		フリガナ		フリガナ		フリガナ			
	主 務 所 の 所 在 地		(郵便番号 ー)		フリガナ		フリガナ		フリガナ			
	連 絡 先		電 話 番 号		F A X 番 号		F A X 番 号		F A X 番 号			
	法 人 の 種 別		法人所轄庁		フリガナ		フリガナ		フリガナ			
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所	代表者の職名・氏名・生年月日		職 名		フリガナ		フリガナ		生年月日			
	代 表 者 の 住 所		(郵便番号 ー)		フリガナ		フリガナ		フリガナ			
	フリガナ		フリガナ		フリガナ		フリガナ		フリガナ			
	事 業 所 の 名 称		フリガナ		フリガナ		フリガナ		フリガナ			
	事 業 所 の 所 在 地		(郵便番号 ー)		フリガナ		フリガナ		フリガナ			
連 絡 先		電 話 番 号		F A X 番 号		F A X 番 号		F A X 番 号				
事業等の種類		指定等を受けようとする事業等		事業開始予定年月日		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		
第1号訪問事業	予防専門型訪問サービス											
	生活支援型訪問サービス											
第1号通所事業	予防専門型通所サービス											
	ミニデイ型通所サービス											
	運動型通所サービス											
第1号生活支援事業	自立支援型配食サービス											

付表6-3 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項

サービス種類 (該当に○)		介護予防通所介護相当サービス		緩和した基準による通所型サービス		定率				
						定額				
事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -)		都道府県	市区町村					
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号					
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)					
	氏名									
	生年月日									
	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)									
	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		㎡		利用定員(同時利用)		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)									
	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				~						
サービス提供時間				~						
利用定員				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		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)									
	○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				~						
サービス提供時間				~						
利用定員				人						
サービス提供単位3	○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)									
	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				~						
サービス提供時間				~						
利用定員				人						
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 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 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。
- 4 各単位のサービスの種類(予防専門型、ミニデイ型(一体(時間外や別場所実施を含む)・単独)、運動型(一体(時間外や別場所実施を含む)・単独))を余白に記載してください。
- 5 各単位の食堂及び機能訓練室の面積を余白に記載してください。
- 6 共生型サービスに該当する場合は、余白に「共生型サービス該当」と記載してください。

(別添)

付表6-3 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項 添付書類・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

- 事前の図面相談を済ませてください。
- 「介護保険事業者指定申請の手引き」を十分ご確認の上、書類作成してください。
- 書類の控え(コピー)は必ず事業所で保管してください。
- 通所介護・地域密着型通所介護と同時指定の場合は、重複している書類の添付は不要です。

	添付書類	参考様式	新規指定申請	備考	注意事項
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付		●「介護保険法に基づく第1号通所事業」等適切な事業目的の記載があるか 医療法人等認可が必要な法人については、具体的な文言は、法人所管の関係機関に確認のこと ●3ヶ月以内の原本か 履歴事項全部証明書でも可 ●登記申請中で、月末までに提出できない場合は、補正依頼申立書(参考様式34)の他に法務局の受領印が押してある登記申請書類の写しがあるか ●医療法人等認可が必要な法人で、登記申請まで至っていない場合は、定款変更の認可書の写しがあるか ●法人格を持たない個人が申請する場合は、3か月以内の住民票の原本があるか ※共生型の場合は本来不要だが、「16 老人居宅生活支援事業開始届又は老人デイサービスセンター等設置届」に添付が必要
2	【共生型の場合又は事業所が市外にある場合】本体サービスの指定(更新)通知書の写		<input type="checkbox"/> 添付		<共生型の場合> ●現在、障害福祉サービスの指定を受けていることが分かる指定(更新)通知書の写しがあるか ●本体サービスと同月に指定申請する場合は、本体サービスを所管する部署の受理印のある指定申請書の写しがあるか <事業所が市外にある場合> ●現在、他市町村で指定を受けていることが分かる指定(更新)通知書の写しがあるか ●本体サービスと同月に指定申請する場合は、本体サービスを所管する部署の受理印のある指定申請書の写しがあるか
3	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1-5 又は 参考様式1-6 又は 参考様式1-8	<input type="checkbox"/> 添付		<全体> ●指定予定月の勤務表か ●通所介護や地域密着型通所介護の指定を既に受けており、今回指定する予防専門型通所サービス等総合事業を一体的に行う場合は、参考様式1-5や参考様式1-6の様式を使用し、今回指定するサービスを含めサービスの種類を漏れなく記載しているか ●予防専門型通所サービス等総合事業のみを行う場合は、参考様式1-8の様式を使用しているか ●氏名は、資格証と一致しているか ●有料老人ホーム等同一法人が行う他の事業と兼務している場合、兼務状況等欄に従事先と従事する職種及び従事時間(例:1日4時間、週20時間)の記載があるか <予防専門型通所サービス(ミニデイ型・運動型を一体的に実施する場合を含む)> ●生活相談員を提供時間数に応じて1以上配置しているか ●単位ごとに介護職員を提供時間数に応じて配置しているか 不在の時間がある体制は不可 ※利用者15人までは平均提供時間数分の人員配置 16人以上の場合は、((利用者-15)÷5+1)×平均提供時間数分の人員配置 ●生活相談員又は介護職員の1人以上は常勤か、機能訓練指導員は1以上配置しているか ●ミニデイ型・運動型を一体的に実施する場合は、兼務状況等欄にミニデイ型・運動型の担当の表示があるか ●管理者の勤務予定日は、(6日以上の営業日を設定している場合を除き)運営規程の営業日と一致しているか ●管理者が他の職務を兼務する場合は、職種ごとに勤務時間を分けて記載(2段書きに)しているか ●管理者が他の職務を兼務する場合は、1日の勤務時間の半分以上、管理業務に従事しているか <ミニデイ型・運動型を単独で実施する場合> ●ミニデイ型の場合、利用者15人までは専従の従事者1人以上を、16人以上の場合は加えて必要数を配置しているか ●運動型の場合、利用者10人までは専従の従事者1人以上を、11人以上の場合は利用者を10で除した数以上を配置しているか ※共生型の場合は人員基準を満たしていることので分かる本体サービスの勤務表の添付が必要
4	従業員の資格証の写		<input type="checkbox"/> 添付		●生活相談員、機能訓練指導員、看護職員に必要な資格証の写しがあるか(介護福祉士、理学療法士、看護師等) ●結婚等により現在の姓と資格証の姓が異なる場合、戸籍抄本、免許証の裏書き、年金手帳等の写しがあるか ●介護福祉士の合格証は不可 介護福祉士登録証の写しがあるか ●ミニデイ型を申請する場合、いきいき元氣プログラム事業者研修(なごや介護予防・認知症予防プログラム事業者研修)の修了証の写しがあるか ●ミニデイ型・運動型を単独で実施する場合、各サービスの従事者に必要な資格証の写しがあるか(健康運動指導士等) ※共生型の場合は添付不要 ※通所介護や地域密着型通所介護の指定を既に受けており、当該サービスと一体的に行う予防専門型通所サービスの場合は添付不要
5	事業所の建物の所有形態が分かるもの		<input type="checkbox"/> 添付		●賃貸の場合は、申請法人名義の賃貸契約書の写しがあるか ●当該サービスの事業所としての使用が認められているか ●契約期間は事業運営に支障はないか ●法人所有の場合は3ヶ月以内の建物の登記事項証明書の原本があるか ●法人所有で、建物の登記事項証明書が月末までに提出できない場合は、補正依頼申立書(参考様式34)の他に、建物の検査済証及び引渡し証の写しがあるか ※共生型の場合は添付不要 ※通所介護や地域密着型通所介護の指定を既に受けており、当該サービスと一体的に行う場合は添付不要
6	介護保険事業所に係る関係法令確認書 又は 施術所に係る関係法令確認書	参考様式31-1 又は 参考様式31-2	<input type="checkbox"/> 添付		●ミニデイ型・運動型を接骨院や施術所で実施する場合は「施術所に係る関係法令確認書(参考様式31-2)」が、それ以外の場合は「介護保険事業所に係る関係法令確認書(参考様式31-1)」があるか なお、状況により「施術所に係る関係法令確認書(参考様式31-2)」と「介護保険事業所に係る関係法令確認書(参考様式31-1)」の両方が必要となる場合がある ●「介護保険事業所に係る関係法令確認書(参考様式31-1)」については、担当部署で確認した内容の記載があるか(建築基準法や消防法の検査済証等で代用可) ●「施術所に係る関係法令確認書(参考様式31-2)」については、所管の保健センターで確認を受けているか ※共生型の場合は添付不要 ※「介護保険事業所に係る関係法令確認書」については通所介護や地域密着型通所介護、予防専門型通所サービスの指定を既に受けており、当該サービスと一体的に行う場合は添付不要

7	平面図	参考様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<ul style="list-style-type: none"> ●食堂及び機能訓練室の範囲を表示し、その面積について内法で記載しているか また利用者1人当たり3㎡以上あるか ミニデイ型・運動型においては、通所介護・地域密着型通所介護・予防専門型通所サービスの定員とは別に、利用者1人当たり3㎡以上あるか ●相談室は遮蔽物の設置等で、プライバシーが確保されているか 相談室までの経路が食堂及び機能訓練室を通過する場合に、90cm幅を通路とし、食堂及び機能訓練室から面積を除いてあるか ●事務室、洗面所、トイレ、静養室等必要な設備の記載があるか ●他の事業所(例えば訪看)と事務室を共用する場合、それぞれの区画分けの記載があるか 又、相談室等を共用する場合はその旨の記載があるか ●2階以上の建物に事業所を設ける場合は、1階と事業所のある階のフロア図があるか ●下記写真の番号及び撮影した方向の記載があるか ●事業所や相談室が2階以上にあり、かつエレベーター等がない場合に、利用者等の誘導方法についての誓約書(任意様式:NAGOYAかいごネットに作成例有り)があるか ※共生型の場合は添付不要 ※市内に通所介護や地域密着型通所介護の指定を既に受けており、当該サービスと一体的に行う予防専門型通所サービスの場合は添付不要
8	主要な場所の写真	参考様式32	<input type="checkbox"/> 添付	<ul style="list-style-type: none"> ●写真説明欄に、撮影した日付の記載があるか 日付が古くないか ●①建物外観、②玄関(建物及び事業所の玄関、事業所までエレベーターを使う場合はエレベーターも)、③事務室、④相談室(対角から2方向撮影)、⑤洗面所(アルコール消毒液、ペーパータオル等設置 共用タオルは不可)、⑥トイレ、⑦食堂及び機能訓練室、⑧静養室、⑨消防設備、⑩備品(鍵付書庫(鍵がついた状態の写真が必要)、パソコン、ファックス、電話など)等 必要な写真があるか ●カラー写真をデータで貼り付けているか ※共生型の場合は添付不要 ※通所介護や地域密着型通所介護、予防専門型通所サービスの指定を既に受けており、当該サービスと一体的に行う場合は添付不要
9	設備・備品等一覧表	参考様式5	<input type="checkbox"/> 添付	<ul style="list-style-type: none"> ※共生型の場合は添付不要 ※ミニデイ型・運動型の場合は添付不要 ※通所介護や地域密着型通所介護の指定を既に受けており、当該サービスと一体的に行う予防専門型通所サービスの場合は添付不要
10	運営規程	作成例あり	<input type="checkbox"/> 添付	<ul style="list-style-type: none"> ●他書類との不一致がないか(事業所の名称、事業所の所在地、人員配置等) ●ミニデイ型の定員は3人以上になっているか ●実施地域は、市内に限定しているか、行政区画により規定しているか、又サービス提供可能な範囲になっているか ●実施地域は、飛び地(例えば中川区と守山区等)になっていないか ※共生型の場合は本体サービスで使用する指定日時点の運営規程も併せて添付が必要
11	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6	<input type="checkbox"/> 添付	<ul style="list-style-type: none"> ●参考様式の記載例を活用した場合に、不要な文言(居宅介護支援事業者の場合の記載)を削除しているか ●通所介護等を一体的に行う場合、当該サービスも含めサービスの種類を漏れなく記載しているか ※共生型の場合は添付不要
12	誓約書	参考様式8-3-1 参考様式8-3-2	<input type="checkbox"/> 添付	<ul style="list-style-type: none"> ●他書類との不一致がないか(法人名、代表者の職・氏名) ●誓約の対象者は、法人役員及び管理者 誓約内容をよく確認したか
13	介護給付費算定に係る届出書	加算参考様式1-3	<input type="checkbox"/> 添付	<ul style="list-style-type: none"> ●他書類との不一致がないか(法人名、法人所在地、代表者の職・氏名、事業所名称、事業所所在地、TEL、FAX等) ●加算を算定する場合に、様式右下「変更後」の特記事項欄に加算の項目の記載があるか 算定しない場合は、『なし』と記載しているか
14	介護給付費算定に係る一覧表	加算参考様式2-4	<input type="checkbox"/> 添付	<ul style="list-style-type: none"> ※該当するページのみを提出 ※ミニデイ型・運動型の場合は添付不要
15	<加算に必要な書類>		<input type="checkbox"/> 添付	<ul style="list-style-type: none"> ●処遇改善加算や各種加算に応じた書類があるか ※ミニデイ型・運動型の場合は添付不要
16	老人居宅生活支援事業開始届又は老人デイサービスセンター等設置届	第16号様式の3 又は 第16号様式の6	<input type="checkbox"/> 添付	<ul style="list-style-type: none"> ●特養等の施設と共用の場合は「老人居宅生活支援事業開始届(第16号様式の3)」が、単独で設置の場合は「老人デイサービスセンター等設置届(第16号様式の6)」が必要 ●他書類との不一致がないか(法人名、法人所在地、代表者の職・氏名、事業所名称、事業所所在地等) ※通所介護や地域密着型通所介護の指定を既に受けており、当該サービスと一体的に行う予防専門型通所サービスやミニデイ型や運動型の場合は添付不要
17	【実施する場合】指定通所介護事業所等における宿泊サービス実施に関する届出書		<input type="checkbox"/> 添付	<ul style="list-style-type: none"> ●平面図、確認事項(添付書類1)の書類があるか
18	社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票	参考様式33	<input type="checkbox"/> 添付	
19	【必要に応じて】補正依頼申立書	参考様式34	<input type="checkbox"/> 添付	

新規指定申請の場合は、次の項目についてお答えください。(該当する選択肢に○をつけてください。)

1 今回指定を受けようとするサービス種別は何ですか？	
ア 予防専門型通所サービス	イ 予防専門型通所サービス【共生型】
ウ ミニデイ型通所サービス(一体(時間外や別場所実施を含む))	エ ミニデイ型通所サービス(単独)
オ 運動型通所サービス(一体(時間外や別場所実施を含む))	カ 運動型通所サービス(単独)
2 事業所の所在地は名古屋市内ですか？それとも名古屋市外ですか？	
ア 名古屋市内	
イ 名古屋市外(市町村名： ※総合事業は、原則、本市内に実際にお住まいの方へのサービス提供が前提	
3 今回、通所介護や地域密着型通所介護と同時指定ですか？ それとも、既に通所介護や地域密着型通所介護の指定を受けていますか？ それとも、通所介護や地域密着型通所介護の指定を受けておらず、今回の指定は単独型での申請ですか？	
ア 通所介護や地域密着型通所介護と同時指定	
イ 既に通所介護や地域密着型通所介護、又は予防専門型通所サービスの指定を受けている	
ウ ミニデイ型通所サービス又は運動型通所サービスの単独型での(緩和型のみでの)申請である	
※以下については上記2において「イ」とお答えいただいた場合のみお答えください。	
①名古屋市内で今回同時に指定を受けられる又は既に指定を受けている通所介護又は地域密着型通所介護の事業所についてお答えください。	
1 事業所名()	2 事業所番号()
②上記事業所において、他自治体からも総合事業の指定を今回同時に受けられますか(又は既に受けられていますか)？指定を受ける(又は既に受けている)場合は、次についてもお答えください。(複数の指定権者から指定を受けられる等の場合は、指定権者ごとにお答えください。)	
1-1 指定権者()	
1-2 事業所名()	1-3 事業所番号()
2-1 指定権者()	
2-2 事業所名()	2-3 事業所番号()
4 今回指定申請を行う事業所に、併設する施設(他法人のものを含む。)はありますか？ (上記3において「ウ」とお答えいただいた場合のみお答えください。)	
※既存の施設の中に事業所を設ける場合や近隣の特定の施設の居住者等に対して介護サービスを行うことを主な目的とする場合も含みます。	
ア あり	
イ なし	
※「イ なし」の場合は、①及び②の質問にお答えいただく必要はありません。	
①併設する施設の種類をお答えください。 ※サービス付高齢者住宅の内部または、この住宅と隣接する区域に事業所の指定を受けようとする場合は、住宅都市局住宅企画課と名古屋市介護事業者指定指導センターとの合図の協議が必要です。	
1 介護保険法上の居宅サービス事業所又は居宅介護支援事業所	
2 介護保険法上の施設系の事業(特養・グループホーム等)	
3 サービス付高齢者住宅	
4 有料老人ホーム	
5 病院、診療所	
6 その他の高齢者向け居住施設(お泊まりデイなどの短期利用を含む)	
7 その他()	
併設する施設の運営主体は、他の法人ですか？ → 1 はい 2 いいえ	
②指定を受けようとする事業所の従業員は、併設する施設の業務を行うことがありますか？	
1 あり 2 なし	

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電 話	
FAX	
メールアドレス	

社会保険労務士の方等が代わって申請される場合は、その方の氏名や連絡先を次の欄に記載してください。

部署名	
氏名	
電 話	
FAX	
メールアドレス	