

受付番号	
------	--

生駒市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年 月 日

生駒市長 殿

申請者 住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

名称

代表者の職名・氏名

介護保険法に規定する生駒市介護予防・日常生活支援総合事業事業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。

申請者	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		
		Email						
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ		生年月日		
			氏名					
	代表者の住所	(郵便番号 -)						
事業所	フリガナ							
	名称							
	事業所の所在地	(郵便番号 -)						
指定を受けようとする事業		実施事業	指定の申請をする事業の開始予定年月日			備考		
介護予防訪問介護相当サービス								
介護予防通所介護相当サービス								
訪問型サービスA								
通所型サービスA								
介護保険事業所番号(既に指定を受けている場合)								

- 備考
- 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
 - 2 「実施事業」欄は、今回申請する事業に「○」を記入してください。
 - 3 「指定の申請をする事業の開始予定年月日」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

(様式第1号)

付表2 介護予防通所介護相当サービスの事業者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 -)			
		電話番号		FAX番号	
	Email				
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
	氏名				
	生年月日		年	月	日
	当該通所介護相当サービスの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			
	兼務する職種 及び勤務時間等				
○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
常勤(人)					
非常勤(人)					
○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		㎡			
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)				
添付書類	別添のとおり				

(当該事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -)			
		電話番号		FAX番号	
	Email				
○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		㎡	㎡以上		
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)				
添付書類	平面図				

- 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紙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できます。
 - 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員も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 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載し

(参考様式1)

経歴書

事業所の名称			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
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が複数の場合は、「事業所の名称」欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。
3 「サービス提供責任者」または「生活相談員」、「支援相談員」の経歴書としても使用できます。

(参考様式3)

事業所平面図

事業所の名称	

備考1 別途、図面がある場合はそれをもって代えることができます。

2 各室の用途及び面積を記載してください。

3 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 称	
	サービスの種類	
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載してください。

(参考様式6)

介護保険法第115条の45の5第2項の指定基準を満たす旨の誓約書

年 月 日

生駒市長 殿

申請者 住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

名称

代表者の職名・氏名

申請者が介護保険法第115条の45の5第2項の指定基準を満たす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】

(指定事業者の指定)

第百十五條の四十五の五 第百十五條の四十五の三第一項の指定(第百十五條の四十五の七第一項を除き、以下この章において「指定事業者の指定」という。)は、厚生労働省令で定めるところにより、第一号事業を行う者の申請により、当該事業の種類及び当該事業の種類に係る当該第一号事業を行う事業所ごとに行う。

2 市町村長は、前項の申請があつた場合において、申請者が、厚生労働省令で定める基準に従つ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】

(法第百十五條の四十五の五第二項の厚生労働省令で定める基準)

第百四十條の六十三の六 法第百十五條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つて、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(平成二十七年厚生労働省令第四号)第五条の規定による改正前の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つ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

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7)
(第10条関係添付資料)

受付番号	
------	--

生駒市介護予防・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

生駒市長 殿

所在地

名 称

このことについて、関係書類を添えて以下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 名 称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー)				
	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 ー)				
事業所の状況	フリガナ 事業所の名称					
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー)				
	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 ー)				
	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 ー)				
届出の種類	同一所在地において行う事業等の種 別	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)
	訪問型サービス(独自)			1新規 2変更 3終了		
	通所型サービス(独自)			1新規 2変更 3終了		
介護保険事業所番号						
特記事項	変 更 前			変 更 後		
関係書類	別添のとおり					

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」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載してください。
 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。
 6 「異動項目」欄には、(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。
 7 「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。
 8 「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」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8)

(第10条関係添付書類)

生駒市介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表

事業所番号										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

提供サービス		その他の該当する体制等					LIFEへの登録		割引					
A2	訪問型サービス（独自）	特別地域加算	1	なし	2	あり	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								
		介護職員処遇改善加算	1	なし	6	加算Ⅰ					5	加算Ⅱ	2	加算Ⅲ
		介護職員等特定処遇改善加算	1	なし	2	加算Ⅰ					3	加算Ⅱ		
		介護職員等ベースアップ等支援加算	1	なし	2	あり								
A6	通所型サービス（独自）	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								
		栄養アセスメント・栄養改善体制	1	なし	2	あり								
		口腔機能向上加算	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	5	加算Ⅰ	4	加算Ⅱ					6	加算Ⅲ
		生活機能向上連携加算	1	なし	3	加算Ⅰ	2	加算Ⅱ						
		科学的介護推進体制加算	1	なし	2	あり								
		介護職員処遇改善加算	1	なし	6	加算Ⅰ	5	加算Ⅱ					2	加算Ⅲ
		介護職員等特定処遇改善加算	1	なし	2	加算Ⅰ	3	加算Ⅱ						
		介護職員等ベースアップ等支援加算	1	なし	2	あり								