

第一号事業者(通所型)の指定申請に係る添付書類一覧

(この書類も提出してください。)

申請する事業所の名称	
------------	--

	申請書及び添付書類	申請者 確認欄	都申請書 類コピー可
申請書	稲城市介護予防・日常生活支援総合事業指定第一号事業者指定申請書(第1号様式)		
	第一号事業者(通所型サービスA・C)の指定に係る記載事項(付表2)		
	事業所所在地以外の場所(サテライト等)で一部実施する場合の記載事項(付表2-1)		
	第一号事業者(通所型サービスA・C)の指定に係る記載事項(付表2別紙) <2単位以上実施する場合>のみ必要		
1	申請者の登記簿謄本又は条例等		○
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1) ※常勤の勤務時間及び改正日時がわかるページのみ		
3	資格証の写し、雇用契約書の写し又は誓約文		○
4	事業所の平面図等(参考様式3)		○
	外観及び内部の様子がわかる写真		
5	運営規程(料金表含む)		
6	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4)		○
7	介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書(参考様式5)		
8	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(別紙1)		

- 備考
- 「申請者確認欄」の該当欄に「○」を付し添付書類等に漏れがないよう確認してください。
 - 添付書類については、各様式の説明を参照してください。
 - 通所型サービスのサテライト事業所は、申請書付表2-1、添付書類2および4を提出してください。

担当者連絡先	
提出いただいた申請書類に記載された内容等について問い合わせをする際の担当者名と連絡先を記入してください。	
事業所名	
担当者名	
連絡先	(電話)
	(FAX)
	(Email)

付表2 第一号事業者(通所型サービスA・C)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。□通所型サービスA □通所型サービスC □サテライト有

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										
	当該通所介護事務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										
実施単位数	単位	事業所で同時に通所事業を行う利用者の上限						人						
通所事業の提供に必要な場所の合計面積(Cは機能訓練室の面積)														
m ²														
当該単位のサービスに印を付けてください。□通所型サービスA □通所型サービスC □サテライト有														
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			理学療法士		柔道整復師		看護職員		機能訓練指導員		その他の従業者			
			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)														
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												
	その他の費用													
通常の実施地域	①	②	③	④	⑤									
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 「主な揭示事項」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(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 当該指定サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定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 第一号事業 通所型を事業所所在地以外の場所(サテライト等)で一部実施する場合の記載事項

受付番号

出張所等	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -) 東京都稲城市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
事業者間の移動距離及び時間		分	km	機能訓練室の面積	㎡	
主な 掲 示 事 項	営業日(曜日を記入)					
	年間の休日	曜日及び / ~ / 、 / ~ /				
	営業時間	: ~ :				
	サービス提供時間	: ~ : (送迎時間を除く)				
	利用定員	人				
	その他の費用	運営規程のとおり				
	通常の事業の実施地域					

- 備考
- 1 「受付番号」欄には、記載しないでください。
 - 2 ※ サテライトの名称については、主たる事業所の出張所(サテライト)であることを明確にしてください。
(例) ○○通所介護事業所 ◆◆出張所
 デイサービスセンター◎◎ ▲▲サテライト
 - 3 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。

今回申請するサービスにチェック印を付けてください。□通所型サービスA □通所型サービスC

事業所	フリガナ												
	名称												
単位	当該単位のサービスに印を付けてください。□通所型サービスA □通所型サービスC												
	当該単位で同時に通所事業を行う利用者の数及び通所事業の提供に必要な場所の合計面積(Cは機能訓練室の面積)											人	m ²
	単位別従業者	理学療法士		柔道整復師		看護職員		機能訓練指導員		その他の従業者			
		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)												
	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		
	2	営業時間	平日		～			土曜		～	日曜・祝日		～
サービス提供時間													
備考													
単位	当該単位のサービスに印を付けてください。□通所型サービスA □通所型サービスC												
	当該単位で同時に通所事業を行う利用者の数及び通所事業の提供に必要な場所の合計面積(Cは機能訓練室の面積)											人	m ²
	単位別従業者	理学療法士		柔道整復師		看護職員		機能訓練指導員		その他の従業者			
		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)												
	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		
	3	営業時間	平日		～			土曜		～	日曜・祝日		～
サービス提供時間													
備考													
単位	当該単位のサービスに印を付けてください。□通所型サービスA □通所型サービスC												
	当該単位で同時に通所事業を行う利用者の数及び通所事業の提供に必要な場所の合計面積(Cは機能訓練室の面積)											人	m ²
	単位別従業者	理学療法士		柔道整復師		看護職員		機能訓練指導員		その他の従業者			
		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)												
	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		
	4	営業時間	平日		～			土曜		～	日曜・祝日		～
サービス提供時間													
備考													

(参考様式3)

事業所の平面図等

事業所又は施設の名称	

※面積は内法により測定し、記載してください。

(日本工業規格A列4番)

(参考様式5)

介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

稲城市長 殿

申請者 住所

氏名 (法人にあつては名称及び代表者名)

印

介護保険法第115条の45の5第2項に該当しないことを誓約します。

記

【介護保険法第115条の45の5第2項】

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】

法第百十五条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)附則第二条第三号

若しくは第四条第三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

二 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。)

(別紙1)

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										
事業所名称	(フリガナ)									
事業所所在地	(郵便番号 -)									

提供サービス		そ の 他 該 当 す る 体 制 等		
A3	訪問型サービスA	初回加算	1 なし	2 あり
		身体介護加算	1 なし	2 あり
A4	訪問型サービスC	初回加算	1 なし	2 あり
A7	通所型サービスA	運動機能向上加算	1 なし	2 あり
		入浴介助加算	1 なし	2 あり

備考 1 事業所・施設において、該当する番号に○印を付してください。

