

介護保険事業者 指定申請等の手引き

福祉用具貸与

介護予防福祉用具貸与



令和 6 年 4 月

滋 賀 県

目 次

| | |
|--|-----|
| 1. 指定基準総論 | |
| 1) 関係法令等 | P 3 |
| 2) 指定を受けるにあたっての留意事項 | P 3 |
| 3) 用語の定義 | P 3 |
| 4) 指定居宅サービスと指定介護予防サービスの一体的運営について | P 4 |
| 2. 指定基準（福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与） | |
| 1) 新規指定 | |
| ○指定申請に必要な書類および確認事項 | P 5 |
| 2) 変更、廃止、休止、再開の手続き | P 6 |
| ○変更手続き | P 6 |
| ○廃止手続き | P 7 |
| ○休止手続き | P 7 |
| ○再開手続き | P 7 |
| 3. 介護報酬算定に係る体制等に関する届出の手続き | P 7 |
| ・厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域一覧 | P 9 |
| 4. 様式 | |
| ・様式第一号（一） 指定申請書 | P10 |
| ・付表第一号（十三）福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業者の指定に係る記載事項 | P12 |
| ・別添 指定申請に係る添付書類一覧 | P14 |
| ・標準様式 1 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 | P15 |
| ・標準様式 2 平面図 | P19 |
| ・標準様式 3 設備・備品等一覧表 | P20 |
| ・標準様式 4 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | P21 |
| ・標準様式 6 誓約書 | P23 |
| ・様式第一号（五）変更届出書 | P26 |
| ・様式第一号（六）事業の再開届出書 | P28 |
| ・様式第一号（七）事業の廃止・休止届出書 | P29 |
| ・別紙 2 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＞ | P30 |
| ・別紙 1－1－2 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 <居宅サービス> | P31 |
| ・別紙 1－2－2 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 <予防サービス> | P34 |

1. 指定基準総論

1) 関係法令等

- ・介護保険法（平成9年法律第123号）（この冊子において「法」という。）
- ・介護保険法施行規則（平成12年厚生省令第36号）（この冊子において「規則」という。）
- ・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）＝（この冊子において「居宅指定基準」という。）
- ・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（この冊子において「予防指定基準」という。）
- ・指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（平成12年老企第25号）＝（この冊子において「居宅等基準通知」という。）

2) 指定を受けるにあたっての留意事項

- 居宅指定基準および予防指定基準は、指定居宅サービス等の事業がその目的を達成するために必要な**最低限度**の基準を定めたものであり、指定居宅サービス事業者等は、常にその事業の運営の向上に努めなければならないこと。
 - 指定居宅サービス等の事業を行う者が満たすべき基準を満たさない場合には、指定居宅サービスの指定又は更新は受けられず、また、運営開始後、基準に違反することが明らかになった場合には、
 - ① 相当の期間を定めて基準を遵守するよう勧告を行い、
 - ② 相当の期間内に勧告に従わなかったときは、事業者名、勧告に至った経緯、当該勧告に対する対応等を公表し、
 - ③ 正当な理由が無く、当該勧告に係る措置を取らなかったときは、相当の期限を定めて当該勧告にかかる措置を採るよう命令することができる。また、③の命令をした場合には、事業者名、命令に至った経緯等を公示しなければならない。なお、③の命令に従わない場合には、当該指定を取り消すこと、又は取消しを行う前に相当の期間を設けて指定の全部若しくは一部の効力を停止する（不適正なサービスが行われていることが判明した場合、当該サービスに関する介護報酬の請求を停止させる）。
- ただし、以下の場合には、基準に従った適正な運営がされていないものとして直ちに取消すこと又は指定の全部若しくは一部の効力を停止する場合がある。
- ① 次に掲げるときその他の事業者が自己の利益を図るために基準に違反したとき
 - イ 指定居宅サービスの提供に際して利用者が負担すべき額の支払を適正に受けなかったとき
 - ロ 居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの代償として、金品その他の財産上の利益を供与したとき
 - ② 利用者の生命又は身体の安全に危害を及ぼすおそれがあるとき
 - ③ その他①及び②に準ずる重大かつ明白な基準違反があったとき

3) 用語の定義

○「常勤」

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（週32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいうものである。ただし、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号）第23条第1項に

規定する所定労働時間の短縮措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間を30時間として取り扱うことが可能である。

また、同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所の職務であって、当該事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものである。

また、人員基準において常勤要件が設けられている場合、従事者が労働基準法第65条に規定する休業（産前産後休業）、母性健康管理措置、育児・介護休業法第2条第1号に規定する育児休業、同条第2項に規定する介護休業、同法第23条第2項の育児休業に関する制度に準じて講ずる措置又は同法第24条第1項の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の期間において、当該人員基準において求められる資質を有する複数の非常勤の従業者を常勤の従業者の員数に換算することにより、人員基準をみたくすることが可能であることとする。

○「常勤換算方法」

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。

ただし、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律第13条第1項に規定する措置（母性健康管理措置）又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律第23条第1項、同条第3項又は同法第24条に規定する所定労働時間の短縮等の措置（育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置）が講じられている場合、30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1として取り扱うことを可能とする。

○「勤務延時間数」

勤務表上、当該事業に係るサービスの提供に従事する時間または当該事業に係るサービスの提供のための準備等を行う時間（待機の時間を含む）として明確に位置付けられている時間の合計数とする。なお、従業者一人につき、勤務延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者が勤務すべき勤務時間数を上限とすること。

○「専ら従事する」「専ら提供に当たる」

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うものである。

4) 指定居宅サービスと指定介護予防サービスの一体的運営について

指定居宅サービスに該当する事業を行う者が、指定介護予防サービスに該当する各事業者の指定を併せて受け、かつ、指定居宅サービスと指定介護予防サービスの各事業とが同じ事業所で一体的に運営されている場合については、介護予防における各基準を満たすことによって、基準を満たしているとみなすことができる等の取扱いを行うことができる。

なお、居宅サービスと介護予防サービスを同一の拠点において運営されている場合であっても、完全に体制を分離して行われており、一体的に運営されていると評価されない場合にあつては、人員についても設備、備品についてそれぞれが独立して基準を満たす必要がある。

2. 指定基準（福祉用具貸与）（介護予防福祉用具貸与）

【福祉用具貸与】

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、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえた適切な福祉用具の選定の援助、取付け、調整等を行い、福祉用具を貸与することにより、利用者の日常生活上の便宜を図り、その機能訓練に資するとともに、利用者を介護する者の負担の軽減を図るものでなければならない。

【介護予防福祉用具貸与】

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、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえた適切な福祉用具の選定の援助、取付け、調整等を行い、福祉用具を貸与することにより、利用者の生活機能の維持又は改善を図るものでなければならない。

1) 新規指定

指定申請に必要な書類および確認事項

- ①様式第一号（一）
- ②付表第一号（十三）
- ③添付書類
- 法人登記簿謄本の写しおよび定款（原本と相違のないことの証明必要）
（福祉用具貸与事業・介護予防福祉用具貸与事業を実施することが明記されていること）
- 従業者の勤務体制および勤務形態一覧表（標準様式1）
- 従業者の雇用契約書等（様式任意）
 - ・ 管理者は常勤か。
 - ・ 管理者が当該事業所の従業者若しくは同一敷地内の他の事業所と兼務している場合は、管理者としての業務に支障があってはならない。
 - ・ 専門相談員は、常勤換算方法で、2人以上確保しているか。
（標準様式1と一致していることが必要）
 - ・ 専門相談員は、資格を有しているか。
（介護福祉士、社会福祉士、義肢装具士、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、厚生労働省指定講習会修了者、都道府県指定講習会修了者）
- 事業所の平面図（標準様式2）
 - ・ 事務室は確保されているか（共用は可能であるが、専用の区画が特定されることが必要）
 - ・ 受付、相談等に対応するのに適切なスペースが必要。
 - ・ 消毒・保管に必要な設備および器材が確保されているか。

- 設備・備品一等覧表（標準様式3）
- 運営規程
 - ・付表中の主な揭示事項と一致しているか。
 - ・運営規程の項目は指定基準に定められた必要項目を満たしているか。
- 重要事項説明書
- 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要（標準様式4）
- 当該申請に係る資産の状況（当該不動産にかかる登記簿、賃貸借契約書等）
- 福祉用具の保管および消毒方法（委託の場合、当該委託契約の内容）
- 専門相談員の資格証の写し
- 法第70条第2項または法第115条の2第2項各号に該当しない旨の誓約書
（指定居宅サービス：標準様式6別紙①、指定介護予防サービス：標準様式6別紙⑤）
- 事業所の組織図
 - ※上記に掲げる以外にも確認のために書類等の提出を求める場合があります。
 - 例）当該事業所および関連する事業所の組織図等
 - 当該事業所の勤務予定者が、指定日の直前まで他の事業所に勤務している場合には、退職証明書等他の事業所と兼務関係にないことを確認できる書類

2) 変更、廃止、休止、再開の手続き

（変更の届出等：介護保険法）

第75条 指定居宅サービス事業者は、当該指定に係る事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったとき、又は休止した当該指定居宅サービスの事業を再開したときは、厚生労働省令で定めるところにより、10日以内に、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

- 2 指定居宅サービス事業者は、当該指定居宅サービスを廃止し、又は休止しようとするときは、厚生労働省令で定めるところにより、その廃止又は休止の日の一月前までに、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

（変更の届出等：介護保険法）

第115条の5 指定介護予防サービス事業者は、当該指定に係る事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったとき、又は休止した当該介護予防サービスの事業を再開したときは、厚生労働省令で定めるところにより、10日以内に、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

- 2 指定介護予防サービス事業者は、当該介護予防サービスを廃止し、又は休止しようとするときは、厚生労働省令で定めるところにより、その廃止又は休止の日の一月前までに、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

○変更手続き

提出書類－変更届出書（様式第一号（五））

－添付書類（下記のとおり）

根拠－規則第131条 第1項第11号

第140条の2第1項第11号

| 番号 | 変更事項 | 添付書類 |
|----|--|--|
| 1 | 事業所の名称 | ・ 付表第一号（十三） |
| 2 | 事業所の所在地 * 事業所番号の変更を伴う場合は、事前に相談の上、移転予定月の前月の15日までに変更届を提出してください。 | ・ 変更前、変更後の運営規程（事業所の所在地変更の場合） ・ 平面図 ・ 賃貸借契約書または登記事項証明書 |
| 3 | 主たる事務所の所在地 | ・ 変更後の指定申請書（様式第一号（一））（印不要）（該当部分のみ記載） ・ 変更後の法人登記簿の写し（番号4および5にあつては） ・ 誓約書（6） |
| 4 | 代表者または開設者の氏名および住所 | |
| 5 | 申請者（法人）の名称（法人種別の変更は、設置・廃止） | |
| | 登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。） | ・ 変更後の法人登記事項証明書 |
| 6 | 事業所の建物の構造、専用区画等 | ・ 平面図（変更前・変更後） |
| 7 | 事業所の管理者の氏名および住所 | ・ 変更後の付表第一号（十三） ・ 勤務体制及び勤務形態一覧表（標準様式11） |
| 8 | 運営規程 | ・ 変更前・変更後の運営規程 |
| 9 | 福祉用具の保管および消毒の方法（委託している場合にあつては、委託先の状況） | ・ 保管・消毒に係る平面図、標準作業書 ・ 委託の場合は、これに加えて委託契約書および変更後の運営規程 |

* 上記に掲げる以外にも確認のために書類等の提出を求める場合があります。

○廃止手続き

- 提出書類－廃止届出書（様式第一号（七））
- －添付書類（なし）

* 利用者の引継ぎ状況が確認できる書類の提出を求める場合があります。

○休止手続き

- 提出書類－休止届出書（様式第一号（七））
- －添付書類（なし）

* 利用者の引継ぎ状況が確認できる書類の提出を求める場合があります。

○再開手続き

- 提出書類－再開届出書（様式第一号（六））
- －付表第一号（十三）
- －添付書類（従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表；標準様式1）
- －その他必要書類

3. 介護報酬算定に係る体制等に関する届出の手続き

提出書類一（別紙２）介護報酬算定に係る体制等に関する届出書＜指定事業者用＞

（別紙１－１－２） 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（福祉用具貸与）

（別紙１－２－２） 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防福祉用具貸与）

１５日以前に県に受理された場合 → 翌月から算定

１６日以降に県に受理された場合 → 翌々月から算定

| 届 出 事 項 | 添 付 書 類 |
|----------------------------------|--------------------|
| 地 域 区 分 | なし |
| 特 別 地 域 加 算 | なし |
| 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） | なし |
| 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） | 中山間地域等における事業所規模算定表 |

■厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域一覧

令和6年4月1日現在

| 現市町名 | 厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域一覧 | |
|-------|-----------------------|---|
| | 旧市町名 | 町名・大字名 |
| 大津市 | 旧大津市 | 葛川坂下町、葛川木戸口町、葛川中村町、葛川町居町、葛川梅の木町、葛川貴井町、葛川細川町、葛川坊村町、伊香立向在地町、伊香立上在地町、伊香立北在地町、伊香立下在地町、伊香立生津町、伊香立南庄町、伊香立上龍華町、伊香立下龍華町、伊香立途中町、真野一丁目、真野二丁目、真野三丁目、真野四丁目、真野五丁目、真野六丁目、真野佐川町、真野家田町、真野普門一丁目、真野普門二丁目、真野普門三丁目、真野大野一丁目、真野大野二丁目、真野谷口町、向陽町、美空町、花園町、清風町、陽明町、清和町、緑町、真野普門町、仰木一丁目、仰木二丁目、仰木三丁目、仰木四丁目、仰木五丁目、仰木六丁目、仰木七丁目、仰木町、仰木の里一丁目、仰木の里二丁目、仰木の里三丁目、仰木の里四丁目、仰木の里五丁目、仰木の里六丁目、仰木の里七丁目 |
| | 旧志賀町 | 木戸、北小松、南小松 |
| 彦根市 | | 鳥居本町、下矢倉町、甲田町、宮田町、佐和山町、小野町、原町、笹尾町、荘厳寺町、善谷町、中山町、仏生寺町、男鬼町、武奈町 |
| 長浜市 | 旧長浜市 | 全域 |
| | 旧浅井町 | 全域 |
| | 旧虎姫町 | 全域 |
| | 旧木之本町 | 全域 |
| | 旧余呉町 | 全域 |
| | 旧西浅井町 | 全域 |
| | 旧湖北町 | 尾上※ |
| 近江八幡市 | | 沖島※ |
| 栗東市 | | 観音寺※ |
| 甲賀市 | 旧土山町 | 全域 |
| | 旧信楽町 | 全域 |
| 高島市 | 旧マキノ町 | 全域 |
| | 旧今津町 | 全域 |
| | 旧高島町 | 鶴川、黒谷※、鹿ヶ瀬※、畑※ |
| | 旧朽木村 | 全域 |
| 東近江市 | 旧永源寺町 | 全域 |
| | 旧愛東町 | 全域 |
| 米原市 | 旧米原町 | 一色、枝折、上丹生、下丹生、醒井 |
| | 旧伊吹町 | 全域 |
| | 旧山東町 | 全域 |
| 甲良町 | | 全域 |
| 多賀町 | | 全域 |

注)※は辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律による対象地域。
毎年度、辺地度点評価を行い、地域指定が更新される。

指定居宅サービス事業所
 介護保険施設
 指定介護予防サービス事業所

指定(許可)申請書

年 月 日

(宛先)

滋賀県知事

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(許可)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。

法人番号

| | | | | | | | |
|---|--------------------------|---|-----------------------|---------------------------|------------------------|----------------|--|
| フリガナ | | | | 法人番号 | | | |
| 申 請 者 | 名称 | | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 -) | | 都 道 市 区 | | 府 県 町 村 | |
| | 連絡先 | 電話番号 | (内線) | | FAX番号 | | |
| | | Email | | | | | |
| 者 | 法人等の種類 | | | | | | |
| | 代表者(開設者)の職名・氏名・生年月日 | 職名 | フリガナ氏名 | | 生年月日 | | |
| | 代表者(開設者)の住所 | (郵便番号 -) | | 都 道 市 区 | | 府 県 町 村 | |
| 法人の吸収合併又は吸収分割における指定(許可)申請時に <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 指 定 (許 可) を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設 の 種 類 | 同一所在地において行う事業等の種類 | 共生型サービス申請時に <input checked="" type="checkbox"/> | 指定(許可)申請対象事業等(該当事業に○) | 既に指定(許可)を受けている事業等(該当事業に○) | 指定(許可)申請をする事業等の開始予定年月日 | 様 式 | |
| | 訪問介護 | <input type="checkbox"/> | | | | 付表第一号(一) | |
| | 訪問入浴介護 | | | | | 付表第一号(二) | |
| | 訪問看護 | | | | | 付表第一号(三) | |
| | 訪問リハビリテーション | | | | | 付表第一号(四) | |
| | 居宅療養管理指導 | | | | | 付表第一号(五) | |
| | 通所介護 | <input type="checkbox"/> | | | | 付表第一号(六) | |
| | 通所リハビリテーション | | | | | 付表第一号(七) | |
| | 短期入所生活介護 | <input type="checkbox"/> | | | | 付表第一号(八)(九)(十) | |
| | 短期入所療養介護 | | | | | 付表第一号(十一) | |
| | 特定施設入居者生活介護 | | | | | 付表第一号(十二) | |
| | 福祉用具貸与 | | | | | 付表第一号(十三) | |
| | 特定福祉用具販売 | | | | | 付表第一号(十四) | |
| | 介護老人福祉施設 | | | | | 付表第一号(十五) | |
| | 介護老人保健施設 | | | | | 付表第一号(十六) | |
| | 介護医療院 | | | | | 付表第一号(十七) | |
| | 介護予防訪問入浴介護 | | | | | 付表第一号(二) | |
| | 介護予防訪問看護 | | | | | 付表第一号(三) | |
| | 介護予防訪問リハビリテーション | | | | | 付表第一号(四) | |
| | 介護予防居宅療養管理指導 | | | | | 付表第一号(五) | |
| 介護予防通所リハビリテーション | | | | | 付表第一号(七) | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | <input type="checkbox"/> | | | | 付表第一号(八)(九)(十) | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | | | | | 付表第一号(十一) | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | | | 付表第一号(十二) | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | | | | | 付表第一号(十三) | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | | | | | 付表第一号(十四) | | |
| 介護保険事業所番号 | (既に指定又は許可を受けている場合) | | | | | | |
| 医療機関コード等 | (保険医療機関として指定を受けている場合) | | | | | | |

記入例

指定居宅サービス事業所
介護保険施設
指定介護予防サービス事業所

指定(許可)申請書

(宛先) 滋賀県知事

申請は法人のみ可能です。法人名・代表者名を記載してください。

所在地 滋賀県 大津市 京町四丁目××

申請者 名称 株式会社 レイカディア

代表者職名・氏名 代表取締役 ○○○○

年 月 日

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(許可)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。

| | | | | | | |
|---|---------------------|---|--|---------------------------|------------------------|----------------|
| | | 法人番号 | | | | |
| 申請者 | フリガナ | カブシキガイシャ レイカディア | | | | |
| | 名称 | 株式会社 レイカディア | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 520 - ××××) | | 滋賀 都道 大津市 市区 京町四丁目×× | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | (内線) | FAX番号 | | |
| | 法人等の種類 | Email | | | | |
| 代表者(開設者)の職名・氏名・生年月日 | 職名 | フリガナ氏名 | シガ ハナコ 滋賀 花子 | 生年月日 | 〇〇年〇〇月〇〇日 | |
| | 代表者(開設者)の住所 | (郵便番号 520 - ××××) | | 滋賀 都道 大津 市区 松本一丁目*-* 町村 | | |
| 代表者本人の住所をご記入ください | | | | | | |
| 法人の吸収合併又は吸収分割における指定(許可)申請時に <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| 指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類の種類 | 同一所在地において行う事業等の種類 | 共生型サービス申請時に <input checked="" type="checkbox"/> | 指定(許可)申請対象事業等(該当事業に〇) | 既に指定(許可)を受けている事業等(該当事業に〇) | 指定(許可)申請をする事業等の開始予定年月日 | 様式 |
| | 訪問介護 | <input type="checkbox"/> | | | | 付表第一号(一) |
| | 訪問入浴介護 | | | | | 付表第一号(二) |
| | 訪問看護 | | | | | 付表第一号(三) |
| | 訪問リハビリテーション | | | | | 付表第一号(四) |
| | 居宅療養管理指導 | | | | | 付表第一号(五) |
| | 通所介護 | <input type="checkbox"/> | 同じ事業所(同一敷地内)で既に他のサービスの指定を受けている場合に記入してください。 | | | 付表第一号(六) |
| | 通所リハビリテーション | | | | | 付表第一号(七) |
| | 短期入所生活介護 | <input type="checkbox"/> | | | | 付表第一号(八)(九)(十) |
| | 短期入所療養介護 | | | | | 付表第一号(十一) |
| | 特定施設入居者生活介護 | | | | | 付表第一号(十二) |
| | 福祉用具貸与 | | 〇 | | 〇〇年〇月〇日 | 付表第一号(十三) |
| | 特定福祉用具販売 | | | | | 付表第一号(十四) |
| | 介護老人福祉施設 | | 介護給付と介護予防を同時に申請する場合は、併せてご記入下さい。 | | | 付表第一号(十五) |
| 介護老人保健施設 | | | | | 付表第一号(十六) | |
| 介護医療院 | | | | | 付表第一号(十七) | |
| 指定介護予防サービスの種類 | 介護予防訪問入浴介護 | | | | | 付表第一号(二) |
| | 介護予防訪問看護 | | | | | 付表第一号(三) |
| | 介護予防訪問リハビリテーション | | | | | 付表第一号(四) |
| | 介護予防居宅療養管理指導 | | | | | 付表第一号(五) |
| | 介護予防通所リハビリテーション | | | | | 付表第一号(七) |
| | 介護予防短期入所生活介護 | <input type="checkbox"/> | 当該申請サービスを実施する事業所と同一敷地内で、すでに事業をしている場合記入してください。その敷地で全く初めて事業所を開設する場合は空欄にしておいて | | | 付表第一号(八)(九)(十) |
| | 介護予防短期入所療養介護 | | | | | 付表第一号(十一) |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | | | 付表第一号(十二) | |
| 介護予防福祉用具貸与 | | 〇 | | 〇〇年〇月〇日 | 付表第一号(十三) | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | | | | | 付表第一号(十四) | |
| 介護保険事業所番号 | 2 5 1 2 3 4 5 6 7 * | (既に指定又は許可を受けている場合) | | | | |
| 医療機関コード等 | | (保険医療機関として指定を受けている場合) | | | | |

付表第一号（十三） 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業所の指定等に係る記載事項

| | | | | | |
|--------------------|------------------------------|---------------------------------|--------|--------------|--|
| 事業所 | 法人番号 | | | | |
| | フリガナ | | | | |
| | 名称 | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 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 | | | 住所 | |
| | 生年月日 | | | | |
| | 当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入) | | | | |
| | 他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入) | 兼務先の名称、所在地 | | | |
| | | 兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等 | | | |
| 貸与種目 | | | | | |
| 利用者の推定数 | | 人 | | | |
| ○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 | | 専門相談員 | | | |
| | | 専 従 | | 兼 務 | |
| | | 常 勤 (人) | | | |
| | | 非常勤 (人) | | | |
| 常勤換算後の人数 (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 貸与種目は、「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「手すり」、「スロープ」、「歩行器」、「歩行補助つえ」、「認知症老人徘徊感知機器」、「移動用リフト (つり具の部分を除く。）」、「自動排泄処理装置」のうちから記入してください。

付表第一号（十三） 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業所の指定等に係る記載事項

記入例

| | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|---|----------------------|-------------------|------------|
| 事業所 | 法人番号 | | | | |
| | フリガナ | フクシヨウグタイヨジギョウシヨ レイカディア | | | |
| | 名称 | 福祉用具貸与事業所 レイカディア | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 525 - 〇〇〇〇) 滋賀 都 道 草津 (市) 区 〇〇町〇丁目〇〇-〇 府 (県) 町 村 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (内線) 〇〇〇〇 | FAX 番号 | 〇〇〇 - 〇〇〇〇 |
| | Email | 〇〇〇〇〇〇@〇〇.jp | | | |
| 管理者 | フリガナ | シガ タロウ | 住所 | (郵便番号 525 - 〇〇〇〇) | |
| | 氏名 | 滋賀 太郎 | | 甲賀市〇〇町 | 管理者本人の住所 |
| | 生年月日 | 昭和〇年〇月〇日 | | | |
| | 当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入) | 福祉用具専門相談員 | | | |
| 他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入) | 兼務先の名称、所在地 | | | | |
| | 兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等 | 同一敷地内で兼務される場合、兼務関係を確認しますので、組織図を作 | | | |
| 貸与種目 | | | | | |
| 利用者の推定数 | | 人 | | | |
| ○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 | | | 専門相談員 | | |
| | | | 専従 | 兼務 | |
| | 常勤(人) | 2 | 1 | | |
| | 非常勤(人) | 4 | 0 | | |
| | 常勤換算後の人数(人) | 3.5 | | | |
| 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
 - 3 貸与種目は、「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「手すり」、「スロープ」、「歩行器」、「歩行補助つえ」、「認知症老人徘徊感知機器」、「移動用リフト(つり具の部分を除く。）」、「自動排泄処理装置」のうちから記入してください。

(別添)

付表第一号(十三)

福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与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。

| | 添付書類 | 標準様式 | 新規指定申請 (※1) | 更新申請 (※2) | 備考 |
|----|-------------------------------|-------|-----------------------------|--|-----------------------------------|
| 1 | 登記事項証明書又は条例等 | | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付 | 発行日より3ヶ月以内のものを提出すること |
| 2 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | 標準様式1 | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付 | |
| 3 | 平面図 | 標準様式2 | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略 | |
| 4 | 設備・備品等一覧表 | 標準様式3 | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略 | |
| 5 | 運営規程 | | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付 | |
| 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 | 標準様式4 | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略 | |
| 7 | 福祉用具の保管及び消毒の方法(他に委託する場合はその状況) | | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付 | |
| 8 | 誓約書 | 標準様式6 | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付 | |
| 9 | 重要事項説明書 | | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付 | |
| 10 | 従業者の資格証等の写し | | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付 | |
| 11 | 土地・建物に係る権利関係を明らかにすることができる書類 | | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付 | 当該不動産にかかる登記事項証明書、賃貸借契約書、市町村の使用許可書 |
| 12 | 組織図 | | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付 | 他事業所と兼務する場合のみ提出すること |

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

新規指定時に必要な応じて提出する届出一覧

| | 届出添付書類 | |
|---|-------------------------|--|
| 1 | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出(※3) | ・別紙1(介護予防は別紙1-2) ・別紙2 |
| 2 | 業務管理体制の整備に関する届出 | 届出方法は原則、下記HP記載の「届出システム」を利用してください。 http://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouiryohukushi/koureisya/15811.html |

※3 添付書類の他に、加算の届出内容に応じた必要書類をご準備してください。

提出者(問合先)

| | |
|---------|--|
| 事業所名 | |
| 担当者名 | |
| 電話 | |
| メールアドレス | |

| | |
|---------------------------|----------|
| (1) | 4 週 |
| (2) | 予定 |
| (3)事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数 | 40 時間/週 |
| 当月の日数 | 160 時間/月 |
| | 30 日 |

| No | (4) 職種 | (5) 勤務形態 | (6) 資格 | (7) 氏名 | (8) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (9)1~4週目の勤務時間数合計 | (10) 週平均勤務時間数 | (11) 兼務状況 (兼務先/兼務する職務の内容)等 | | |
|----|--------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------------------|---------------|-------------------------------|-----|--|
| | | | | | 1週目 | | | | | | | 2週目 | | | | | | | 3週目 | | | | | | | 4週目 | | | | | | | | | | 5週目 | |
| | | | | | 1 月 | 2 火 | 3 水 | 4 木 | 5 金 | 6 土 | 7 日 | 8 月 | 9 火 | 10 水 | 11 木 | 12 金 | 13 土 | 14 日 | 15 月 | 16 火 | 17 水 | 18 木 | 19 金 | 20 土 | 21 日 | 22 月 | 23 火 | 24 水 | 25 木 | 26 金 | 27 土 | 28 日 | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | |

(12) 【任意入力】 人員基準の確認 (福祉用具専門相談員)

| 勤務形態 | 勤務時間数合計 | | 常勤換算の対象時間数 | | 常勤換算方法対象外の 常勤の従業員の数 |
|------|---------|-----|------------|-----|------------------------|
| | 当月合計 | 週平均 | 当月合計 | 週平均 | |
| A | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| B | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| C | 0 | 0 | 0 | 0 | - |
| D | 0 | 0 | 0 | 0 | - |
| 合計 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

(勤務形態の記号)

| 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 |

■ 常勤換算方法による人数 基準: 4 週

常勤換算の 対象時間数 (週平均) ÷ 常勤の従業員が 週に勤務すべき時間数 = 常勤換算後の人数

(小数点第2位以下切り捨て)

| | |
|-----|----|
| (1) | 4週 |
| (2) | 予定 |

(3)事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数

| | | | |
|----|-------|-----|------|
| 40 | 時間/週 | 160 | 時間/月 |
| | 当月の日数 | 30 | 日 |

| No | (4) 職種 | (5) 勤務形態 | (6) 資格 | (7) 氏名 | (8) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (9)1~4週目の勤務時間数合計 | (10)週平均勤務時間数 | (11)兼務状況 (兼務先/兼務する職務の内容)等 | | | |
|----|--------|----------|--------|--------|-----|---|---|---|---|---|---|-----|---|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|------------------|--------------|------------------------------|-----|--|--|
| | | | | | 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 | | | | | | |
| | | | | | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | | | | | |

■ 福祉用具専門相談員の常勤換算方法による人数

常勤換算方法対象外の

| | | | | | | | |
|-----------|--|---|-------------|--|---|------|--|
| 常勤の従業者の人数 | | + | 常勤換算方法による人数 | | = | 合計 | |
| 0 | | | 0.0 | | | 0.0人 | |

【記載例】

令和 6 (2024) 年 4 月

サービス種別 (福祉用具貸与)
 事業所名 (〇〇〇〇)

(1) 4 週
 (2) 予定
 (3)事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数 40 時間/週
 160 時間/月
 当月の日数 30 日

| No | (4) 職種 | (5) 勤務形態 | (6) 資格 | (7) 氏名 | (8) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (9)1~4週目の勤務時間数合計 | (10) 週平均勤務時間数 | (11) 兼務状況 (兼務先/兼務する職務の内容)等 | | |
|----|-----------|----------|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------------------|---------------|-------------------------------|-----|--|
| | | | | | 1週目 | | | | | | | 2週目 | | | | | | | 3週目 | | | | | | | 4週目 | | | | | | | | | | 5週目 | |
| | | | | | 1 月 | 2 火 | 3 水 | 4 木 | 5 金 | 6 土 | 7 日 | 8 月 | 9 火 | 10 水 | 11 木 | 12 金 | 13 土 | 14 日 | 15 月 | 16 火 | 17 水 | 18 木 | 19 金 | 20 土 | 21 日 | 22 月 | 23 火 | 24 水 | 25 木 | 26 金 | 27 土 | 28 日 | | | | | |
| 1 | 管理者 | A | — | 厚 勇 太郎 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 160 | 40 | | | |
| 2 | 福祉用具専門相談員 | A | 福祉用具専門相談員指定講習修了者 | 〇〇 A郎 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 160 | 40 | | | |
| 3 | 福祉用具専門相談員 | A | 保健師 | 〇〇 B子 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 160 | 40 | | | |
| 4 | 福祉用具専門相談員 | C | 准看護師 | 〇〇 C子 | 4 | 4 | | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | 4 | 4 | 4 | 80 | 20 | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | |

(12) 【任意入力】 人員基準の確認 (福祉用具専門相談員)

| 勤務形態 | 勤務時間数合計 | | 常勤換算の対象時間数 | | 常勤換算方法対象外の 常勤の従業者の人数 |
|------|---------|-----|------------|-----|-------------------------|
| | 当月合計 | 週平均 | 当月合計 | 週平均 | |
| A | 320 | 80 | 0 | 0 | 2 |
| B | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| C | 80 | 20 | 80 | 20 | - |
| D | 0 | 0 | 0 | 0 | - |
| 合計 | 400 | 100 | 80 | 20 | 2 |

(勤務形態の記号)

| 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 |

■ 常勤換算方法による人数 基準: 1 週

常勤換算の 常勤の従業者が
 対象時間数 (週平均) 週に勤務すべき時間数
 20 ÷ 40 = 0.5

(小数点第2位以下切り捨て)

【記載例】

令和 6 (2024) 年 4 月

サービス種別 (福祉用具貸与)
 事業所名 (○○○○)

| | |
|-----|----|
| (1) | 4週 |
| (2) | 予定 |

(3)事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数 40 時間/週 160 時間/月
 当月の日数 30 日

| No | (4) 職種 | (5) 勤務形態 | (6) 資格 | (7) 氏名 | (8) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (9)1~4週目の勤務時間数合計 | (10) 週平均勤務時間数 | (11) 兼務状況 (兼務先/兼務する職務の内容)等 | | |
|----|--------|----------|--------|--------|-----|---|---|---|---|---|---|-----|---|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|------------------|---------------|-------------------------------|-----|--|
| | | | | | 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 | | | | | |
| | | | | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | | | | | |

■ 福祉用具専門相談員の常勤換算方法による人数

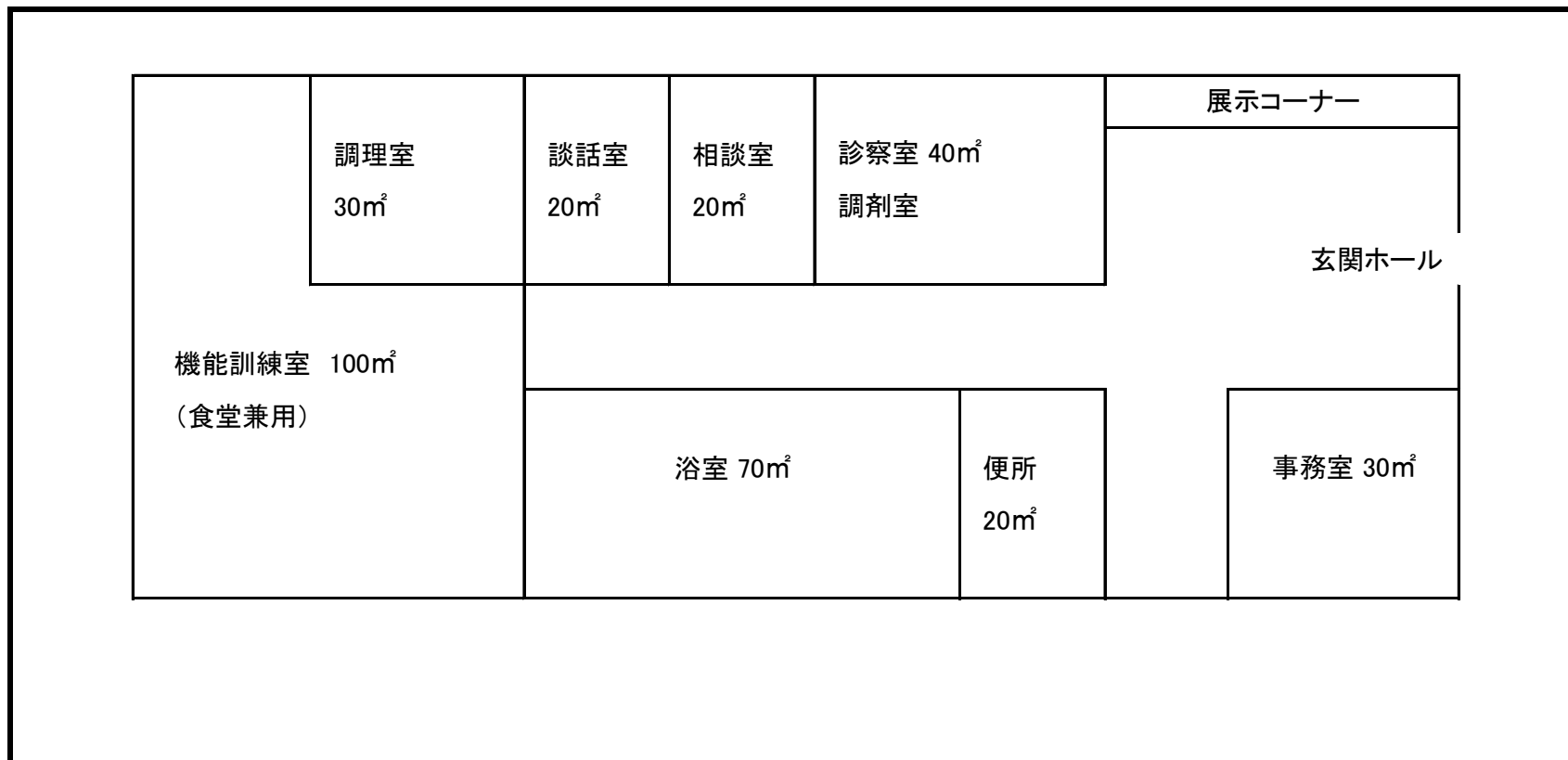
常勤換算方法対象外の

常勤の従業者の人数 2 + 常勤換算方法による人数 0.5 = 合計 2.5人

(標準様式2)

平面図

| | |
|-----------|--|
| 事業所・施設の名称 | |
|-----------|--|



- 備考 1 必ずしも本様式によらず、各室の用途及び面積の分かるものであれば、既存の平面図等をもって提出書類として差し支えありません。
- 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。

(標準様式3)

設備・備品等一覧表

サービス種類 ()
事業所名・施設名 ()

| チェック欄 | 設備の種類 | 設備基準上適合すべき項目 |
|-------|-------------------------|--------------|
| | (例)消火設備その他非常災害に際して必要な設備 | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

備品一覧(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業のみ)

| チェック欄 | 備品の種類 | 品名 | 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、付表及び平面図で確認できる項目以外の事項について記載してください。
2 「設備の種類」、「備品の種類」及び「設備基準上適合すべき項目」については、予め指定権者が、サービス毎に確認すべき内容を本様式に記載し、申請者が「チェック欄」、「品名」及び「数量」を記入して提出する形とすることを推奨します。

(標準様式4)

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 | 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等(居宅介護支援事業者の場合記入) |
| 4 | 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。

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
相談・苦情に対する常設の窓口として、相談担当者を配置する。
また、担当者が不在の時は、基本的な事項については、誰でも対応できるよう体制を整えるとともに、事後に担当者が責任をもって対応する。

(担当者) 滋賀 太郎
(連絡先) 電話番号 077-562-△△△△ ファックス番号077-562-△△△△
- 2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順
苦情があった場合には、直ちに担当者が利用者に連絡を取り、直接訪問するなどして、詳しい事情を聞くとともに、当該利用者の担当者からも事情を確認する。
苦情処理については、検討結果等に基づき、できるかぎり速やかに利用者に対する対応を行う。
苦情の内容、処理結果について記録した上、台帳に保管し、再発防止に役立てる。
苦情の内容によっては、行政窓口等を紹介する。
市介護保険担当課 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇
滋賀県国民健康保険団体連合会 電話番号 ▲▲▲-〇〇〇〇
- 3 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等(居宅介護支援事業者の場合記入)
- 4 その他参考事項
(例)
 - ・苦情処理マニュアルを作成し、勉強会を通じて職員に徹底する。
 - ・職員に処遇に関する研修を年2回程度実施する。

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。

(標準様式6)

誓約書

(宛先)

年 月 日

滋賀県知事

申請者 (名称)

(代表者の職名・氏名)

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

| | |
|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 別紙①: 居宅サービス事業所向け |
| <input type="checkbox"/> | 別紙②: 介護老人福祉施設向け |
| <input type="checkbox"/> | 別紙③: 介護老人保健施設向け |
| <input type="checkbox"/> | 別紙④: 介護医療院向け |
| <input type="checkbox"/> | 別紙⑤: 介護予防サービス事業所向け |

(該当に○)

(別紙①: 居宅サービス事業所向け)
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都道府県の条例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、社会保険各法又は労働保険の保険料の徴収等に関する法律(昭和四十四年法律第八十四号)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、第七十八条の二第四項第五号の三、第七十九条第二項第四号の三、第九十四条第三項第五号の三、第七十七条第三項第七号、第七十五条の二第二項第五号の三、第七十五条の十二第二項第五号の三、第七十五条の二十二第二項第四号の三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全て(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。第七十八条の二第四項第五号の三、第七十九条第二項第四号の三、第九十四条第三項第五号の三、第七十七条第三項第七号、第七十五条の二第二項第五号の三、第七十五条の十二第二項第五号の三及び第七十五条の二十二第二項第四号の三において同じ。)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七十五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む。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七十五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の日から起算して五年を経過しないものを含む。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七十五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を除く。 |
| 七 | 申請者が、第七十七条第一項又は第七十五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じ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(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(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(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(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。 |

(別紙⑤):介護予防サービス事業所向け)
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、第百十五條の四第一項の都道府県の条例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、第百十五條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つ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、第百十五條の九第一項又は第百十五條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條の規定による通知があつた日前六十日以内に当該法人の役員等であつ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、当該通知があつた日前六十日以内に当該事業所の管理者であつ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理由となつ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、第百十五條の九第一項又は第百十五條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條の規定による通知があつた日前六十日以内に当該法人の役員等であつ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、当該通知があつた日前六十日以内に当該事業所の管理者であつ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理由となつ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、第百十五條の九第一項又は第百十五條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理由となつ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、第百十五條の九第一項又は第百十五條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條の規定による通知があつ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條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、第百十五條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條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條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條の五第二項の規定による事業の廃止の届出があつた場合において、申請者が、同号の通知の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。))の管理者であつた者で、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。 |

変更届出書

年 月 日

(宛先)

滋賀県知事

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 介護保険事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 法人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定内容を変更した事業所等 | 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 変更があった事項(該当に○) | | | | | | | | | | 変更の内容 | | | | | | | | | | |
| 事業所(施設)の名称 | (変更前) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所(施設)の所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人等の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所(施設)の建物の構造及び専用区画等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者の推定数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所 (介護老人保健施設は、事前に承認を受ける。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | (変更後) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 運営規程 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 協力医療機関・協力歯科医療機関 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の種別 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 提供する居宅療養管理指導の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業実施形態 (本体施設が特別養護老人ホームの場合の 空床利用型・併設事業所型の別) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者、入所者又は入院患者の定員 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具の保管・消毒方法 (委託している場合にあっては、委託先の状況) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 併設施設の状況等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考 1 「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
 2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。
 なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の(変更前)と(変更後)欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

変更届出書

変更の生じた日から10日以内に届け出てください。

年 月 日

(宛先)

滋賀県知事

申請は法人のみ可能です。必ず法人名で申請してください。

所在地 滋賀県大津市京町四丁目××

申請者 名称 株式会社 レイカディア

代表者職名・氏名 代表取締役 ○○○○

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 介護保険事業所番号 | | 2 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | × | |
| 法人番号 | | | | | | | | | | | | |
| 指定内容を変更した事業所等 | | 名称 福祉用具貸与事業所 レイカディア 所在地 草津市草津三丁目××-×× | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | 必ず変更の生じるサービスの種類を記載してください。 | 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与 | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | ○ | 年 | ○ | 月 | ○ | 日 | | | | | |
| 変更があった事項(該当に○) | | 変更の内容 | | | | | | | | | | |
| 事業所(施設)の名称 | (変更前) | | | | | | | | | | | |
| 事業所(施設)の所在地 | | | | | | | | | | | | |
| 申請者の名称 | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | | | | | | | | | | |
| 法人等の種類 | | | | | | | | | | | | |
| 代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名 | | | | | | | | | | | | |
| 登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。) | 管理者 ○○○○ | | | | | | | | | | | |
| 事業所(施設)の建物の構造及び専用区画等 | | | | | | | | | | | | |
| 備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業) | | | | | | | | | | | | |
| 利用者の推定数 | | | | | | | | | | | | |
| ○ 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所 (介護老人保健施設は、事前に承認を受ける。) | | | | | | | | | | | | |
| サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | (変更後) | | | | | | | | | | | |
| 運営規程 | | | | | | | | | | | | |
| 協力医療機関・協力歯科医療機関 | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の種別 | | | | | | | | | | | | |
| 提供する居宅療養管理指導の種類 | | | | | | | | | | | | |
| 事業実施形態 (本体施設が特別養護老人ホームの場合の 空床利用型・併設事業所型の別) | 管理者 △△△△ | | | | | | | | | | | |
| 利用者、入所者又は入院患者の定員 | ※ 運営規程の変更の場合は、変更の概要を簡潔にご記載ください。 | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具の保管・消毒方法 (委託している場合にあっては、委託先の状況) | | | | | | | | | | | | |
| 併設施設の状況等 | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | | | | | | | | | | | |

備考

- 「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
- 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。
なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の(変更前)と(変更後)欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

再開届出書

年 月 日

(宛先)

滋賀県知事

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|---|
| | 介護保険事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 法人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再開した事業所(施設) | 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再開した年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年 | 月 | 日 |

備考 事業の再開に係る届出にあつては、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表を添付してください。

廃止・休止届出書

年 月 日

(宛先)

滋賀県知事

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 介護保険事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 法人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 廃止(休止)する事業所(施設) | 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止の別 | 廃止 ・ 休止 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止する年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止する理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けている者に対する措置 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 休止日 ~ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

(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>

令和 年 月 日

知事 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) 県 群市 | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | FAX番号 | | | |
| | 代表者の職・氏名 | 職名 | 法人所轄庁 | 氏名 | | |
| | 代表者の住所 | (郵便番号 ー) 県 群市 | | | | |
| 事業所・施設 の状況 | フリガナ 事業所・施設の名称 | | | | | |
| | 主たる事業所・施設の所在地 | (郵便番号 ー) 県 群市 | | | | |
| | 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) 県 群市 | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | FAX番号 | | | |
| 届出を行う事業所・施設の種類 | 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) |
| | 指定 居宅 サービス | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 訪問介護 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 訪問入浴介護 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 訪問看護 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 訪問リハビリテーション | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 居宅療養管理指導 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 通所介護 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 通所リハビリテーション | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 短期入所生活介護 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 短期入所療養介護 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 特定施設入居者生活介護 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 福祉用具貸与 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 介護予防訪問入浴介護 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 介護予防訪問看護 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 介護予防訪問リハビリテーション | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 介護予防居宅療養管理指導 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 介護予防通所リハビリテーション | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 介護予防短期入所生活介護 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 介護予防短期入所療養介護 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | | |
| 施設 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | | |
| 介護老人福祉施設 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | | |
| 介護老人保健施設 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | | |
| 介護医療院 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | |
| 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 「法人の種類別」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の横の口を■にしてください。
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)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。

(別紙1-1-2)

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)

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

| 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 | | | | LIFEへの登録 | 割引 | |
|-----------------------------|--------------------|--|--------|------------------------------|--|--|--|---|--|--|
| 各サービス共通 | | | | 地域区分 | <input type="checkbox"/> 1 1級地 <input type="checkbox"/> 3 5級地 | <input type="checkbox"/> 6 2級地 <input type="checkbox"/> 4 6級地 | <input type="checkbox"/> 7 3級地 <input type="checkbox"/> 9 7級地 | <input type="checkbox"/> 2 4級地 <input type="checkbox"/> 5 その他 | | |
| <input type="checkbox"/> 27 | 特定施設入居者生活介護(短期利用型) | <input type="checkbox"/> 1 有料老人ホーム(介護専用型) <input type="checkbox"/> 2 軽費老人ホーム(介護専用型) <input type="checkbox"/> 5 有料老人ホーム(混合型) <input type="checkbox"/> 6 軽費老人ホーム(混合型) | | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 看護職員 | <input type="checkbox"/> 3 介護職員 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | |
| | | | | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 | | | | |
| | | | | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 | | | | |
| | | | | 夜間看護体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ | | | |
| | | | | 若年性認知症入居者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり | | | | |
| | | | | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり | | | | |
| | | | | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり | | | | |
| | | | | 生産性向上推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | | | |
| | | | | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ | | | |
| | | | | 介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱ | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> B 加算Ⅴ(1) | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> C 加算Ⅴ(2) | <input type="checkbox"/> D 加算Ⅴ(3) | <input type="checkbox"/> E 加算Ⅴ(4) | <input type="checkbox"/> F 加算Ⅴ(5) | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> G 加算Ⅴ(6) | <input type="checkbox"/> H 加算Ⅴ(7) | <input type="checkbox"/> J 加算Ⅴ(8) | <input type="checkbox"/> K 加算Ⅴ(9) | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> L 加算Ⅴ(10) | <input type="checkbox"/> M 加算Ⅴ(11) | <input type="checkbox"/> N 加算Ⅴ(12) | <input type="checkbox"/> P 加算Ⅴ(13) | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> R 加算Ⅴ(14) | | | | | |
| | | | | 介護職員等特定処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | | | |
| | | | | 介護職員等ベースアップ等支援加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり | | | | |
| <input type="checkbox"/> 17 | 福祉用具貸与 | | | 特別地域加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり | | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当 | | | | |

備考（別紙1）居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援

- 備考 1 事業所・施設において、施設等の区分欄、人員配置区分欄、LIFE（科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence）への登録欄、その他該当する体制等欄に掲げる項目につき該当する番号の横の口を■にしてください。
- 2 「施設等の区分」及び「その他該当する体制等」欄で施設・設備等に係る加算（減算）の届出については、「平面図」（別紙6）を添付してください。
- 3 介護老人保健施設における「施設等の区分」及び「在宅復帰・在宅療養支援機能加算」に係る届出については、「介護老人保健施設（基本型・在宅強化型）の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出」（令和6年9月サービス提供分までは別紙13-1-1-29、令和6年10月サービス提供分以降は別紙13-1-1-29-2）又は「介護老人保健施設（療養型）の基本施設サービス費及び療養体制維持特別加算（Ⅱ）に係る届出」（別紙13-2-29-3）を添付してください。
- 4 病院又は診療所における短期入所療養介護（療養機能強化型以外）における「施設等の区分」に係る届出については、「病院又は診療所における短期入所療養介護（療養機能強化型以外）の基本施設サービス費に係る届出」（別紙13-3-29-4）を添付してください。
- 5 介護医療院における「施設等の区分」に係る届出については、「Ⅰ型介護医療院の基本施設サービス費に係る届出」（別紙13-5-30）又は「Ⅱ型介護医療院の基本施設サービス費に係る届出」（別紙13-6-30-2）を添付してください。
- 6 訪問看護における定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携しサービス提供を行う場合については、「訪問看護事業所における定期巡回・随時対応型訪問介護看護連携に係る届出書」（別紙1415）を添付してください。
- 7 「定期巡回・随時対応サービスに関する状況」を「定期巡回の指定を受けている」もしくは「定期巡回の整備計画がある」と記載する場合は、「定期巡回・随時対応サービスに関する状況等に係る届出書（訪問介護事業所）」（別紙158）を添付して下さい。
- 8 人員配置に係る届出については、勤務体制がわかる書類（「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」（別紙7）又はこれに準じた勤務割表等）を添付してください。
- 9 「割引」を「あり」と記載する場合は「指定居宅サービス事業所等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」（別紙5）を添付してください。
- 10 「認知症専門ケア加算」については、「認知症専門ケア加算に係る届出書（訪問介護、（介護予防）訪問入浴介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護）」（別紙26-112）又は「認知症専門ケア加算に係る届出書（（介護予防）短期入所生活介護、（介護予防）短期入所療養介護、（介護予防）特定施設入居者生活介護、（介護予防）認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院）」（別紙26-2-12-2）」を添付してください。
- また、「認知症チームケア推進加算」については、「認知症チームケア推進加算に係る届出書」（別紙42）を添付してください。
- 11 「緊急時訪問看護加算」「緊急時対応加算」「特別管理体制」「ターミナルケア体制」については、「緊急時（介護予防）訪問看護加算・緊急時対応加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書」（別紙9-16）を添付してください。
- 12 「看護体制強化加算」については、「看護体制強化加算に係る届出書」（別紙8-2-19）を添付してください。
- 13 「その他該当する体制等」欄で人員配置に係る加算（減算）の届出については、それぞれ加算（減算）の要件となる職員の配置状況や勤務体制がわかる書類を添付してください。
- （例）一「機能訓練指導体制」…機能訓練指導員、「リハビリテーションの加算状況」…リハビリテーション従事者、
「医師の配置」…医師、「精神科医師定期的療養指導」…精神科医師、「夜間勤務条件基準」…夜勤を行う看護師（准看護師）と介護職員の配置状況 等
- 14 「時間延長サービス体制」については、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な場合に記載してください。
- 15 「生活相談員配置等加算」については、「生活相談員配置等加算に係る届出書」（別紙2721）を添付してください。
- 16 「入浴介助加算」については、「浴室の平面図等」及び入浴介助加算（Ⅰ）の要件である研修を実施または、実施することが分かる資料等を添付してください。
- 17 「中重度者ケア体制加算」については、「中重度者ケア体制加算に係る届出書」（別紙28-1-22）及び「利用者の割合に関する計算書」（別紙28-2-22-2）を添付してください。
- 18 「認知症加算」については、「認知症加算に係る届出書」（別紙29-1-23）及び「利用者の割合に関する計算書」（別紙29-2-23-2）を添付してください。
- 19 「栄養ケア・マネジメントの実施の有無」及び「栄養マネジメント強化体制」については、「栄養マネジメント体制に関する届出書」（別紙1138）を添付してください。
- 20 「送迎体制」については、実際に利用者の送迎が可能な場合に記載してください。
- 21 「夜間看護体制加算」については、「夜間看護体制加算に係る届出書」（別紙9-33）を添付してください。
- 22 「看護体制加算（短期入所生活介護事業所）」については、「看護体制加算に係る届出書」（別紙9-2-25）を添付してください。
- 23 「看護体制加算」については、「看護体制加算に係る届出書」（別紙9-3-25-2）を、「看取り介護体制」については、「看取り介護体制に係る届出書」（別紙9-4-34）を、「看取り介護加算」については、「看取り介護体制に係る届出書」（別紙9-5-34-2）を添付してください。
- また、「看取り連携体制加算」については、「看取り連携体制加算に係る届出書」（別紙9-6-13）を添付してください。
- 24 「医療連携強化加算」については、「医療連携強化加算に係る届出書」（別紙3026）を添付してください。
- 25 訪問介護における「特定事業所加算」については、「加算（Ⅰ）～（Ⅳ）」は「特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅳ）」に係る届出書（別紙10）を、「加算（Ⅰ）、（Ⅲ）」の重度要介護者等対応要件の①を選択する場合は、「重度要介護者等対応要件の割合に関する計算書（特定事業所加算（Ⅰ）・（Ⅲ）」（別紙10-3-9-3）を、「加算（Ⅴ）」は「特定事業所加算（Ⅴ）」に係る届出書（別紙10-2-9-2）を添付してください。
- 26 「サービス提供体制強化加算」については、「サービス提供体制強化加算に関する届出書」（別紙1214）～（別紙12-6-14-6）までのいずれかを添付してください。
- 27 「特定診療費項目」「リハビリテーション提供体制」については、これらに相当する診療報酬の算定のために届けた届出書の写しを添付してください。

28 「職員の欠員による減算の状況」については、以下の要領で記載してください。

- (1) 看護職員、介護職員の欠員（看護師の配置割合が基準を満たしていない場合を含む。）…人員配置区分欄の最も配置基準の低い配置区分を選択し、「その他該当する体制等」欄の欠員該当職種を選択する。
- (2) ア 医師（病院において従事する者を除く。）、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護・介護支援専門員（病院において従事するものを除く。）、介護従事者の欠員…「その他該当する体制等」欄の欠員該当職種のみ選択する。（人員配置区分欄の変更は行わない。）
- イ 医師の欠員（病院において従事する者に限る。）…指定基準の60%を満たさない場合について記載し、人員配置区分欄の最も配置基準の低い配置区分を選択し、「その他該当する体制等」欄の医師を選択する。ただし、事業所・施設が以下の地域に所在する場合は、「その他該当する体制等」欄のみ選択する。（人員配置区分欄の変更は行わない。）

＜厚生労働大臣が定める地域＞

厚生労働大臣が定める地域は、人口5万人未満の市町村であって次に掲げる地域をその区域内に有する市町村の区域とする。

- 1 離島振興法（昭和28年法律第72号）第2条第1項の規定により指定された離島振興対策実施地域
- 2 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律（昭和37年法律第88号）第2条第1項に規定する辺地
- 3 山村振興法（昭和40年法律第64号）第7条第1項の規定により指定された振興山村
- 4 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法（令和3年法律第19号）第2条第1項に規定する過疎地域

なお、病院におけるサービスについて医師の欠員がある場合で、かつ、事業所・施設が上記地域に所在する場合であっても、(1)に掲げる職種に欠員がある場合は、人員配置区分欄の最も配置基準の低い人員配置区分を選択する。（(1)が優先する。）

ウ 介護支援専門員（病院において従事する者に限る。）の欠員…「その他該当する体制等」欄の介護支援専門員を選択する。

29 居宅介護支援のうち、「特定事業所加算」の加算Ⅰ、加算Ⅱ、加算Ⅲ、「特定事業所医療介護連携加算」及び「ターミナルケアマネジメント加算」については、「特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)・特定事業所医療介護連携加算・ターミナルケアマネジメント加算に係る届出書（居宅介護支援事業所）」（別紙10—4-36）を、「特定事業所加算（A）」については、「特定事業所加算(A)に係る届出書（居宅介護支援事業所）」（別紙10—5-36-2）を添付してください。また、「情報通信機器等の活用等の体制」については、「情報通信機器等の活用等の体制に係る届出書」（別紙10—5）を添付してください。

30 「日常生活継続支援加算」については、「日常生活継続支援加算に関する届出書」（別紙1637）を添付してください。

31 「入居継続支援加算」については、「入居継続支援加算に係る届出書」（別紙2032）を添付してください。

32 「配置医師緊急時対応加算」については、「配置医師緊急時対応加算に係る届出書」（別紙2139）を添付してください。

33 「テクノロジーの導入」については、「テクノロジーの導入による日常生活継続支援加算に関する届出書」（別紙16—237-2）、「テクノロジーの導入による入居継続支援加算に関する届出書」（別紙20—232-2）、「テクノロジーの導入による夜勤職員配置加算に係る届出書」（別紙2227）のいずれかを添付してください。

34 「移行支援加算」については、「訪問リハビリテーション事業所における移行支援加算に係る届出」（別紙1720）又は「通所リハビリテーション事業所における移行支援加算に係る届出」（別紙1824）を添付してください。

35 「褥瘡マネジメント加算」については、「褥瘡マネジメントに関する届出書」（別紙2341）を添付してください。

36 「重度認知症患者養護体制加算」に係る届出については、「重度認知症患者養護体制加算に係る届出」（別紙2431）を添付してください。

37 「移行計画の提出状況」については、「介護療養型医療施設の移行に係る届出」（別紙25）を添付してください。

3837 「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ」「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ」については、「高齢者施設等感染対策向上加算に係る届出書」（別紙3035）を添付してください。

3938 「専門管理加算」については、「専門管理加算に係る届出書」（様式8—4-17）を添付してください。

4039 「遠隔死亡診断補助加算」については、「遠隔死亡診断補助加算に係る届出書」（別紙8—5-18）を添付してください。

4140 「生産性向上推進体制加算」については、「生産性向上推進体制加算に係る届出書」（別紙4128）を添付してください。

4241 「同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供90%以上）」については、判定結果がわかる書類（「訪問介護、訪問型サービスにおける同一建物減算に係る計算書」（別紙4010）又はこれに準じた計算書等）を添付してください。

4342 「ケアプランデータ連携システムの活用及び事務職員の配置の体制」については、要件を満たし、かつ居宅介護支援費（Ⅱ）を算定する場合は「2 あり」を選択してください。

4443 「口腔連携強化加算」については、「口腔連携強化加算に関する届出書」（別紙4311）を添付してください。

注 1 介護老人福祉施設に係る届出をした場合で、短期入所生活介護の空床型を実施する場合は、短期入所生活介護の空床型における届出事項で介護老人福祉施設の届出と重複するものの届出は不要です。

2 介護老人保健施設に係る届出をした場合には、短期入所療養介護における届出事項で介護老人保健施設の届出と重複するものの届出は不要です。

3 介護療養型医療施設に係る届出をした場合には、短期入所療養介護における届出事項で介護療養型医療施設の届出と重複するものの届出は不要です。

4-3 介護医療院に係る届出をした場合には、短期入所療養介護における届出事項で介護医療院の届出と重複するものの届出は不要です。

5-4 短期入所療養介護及び介護療養型医療施設にあっては、同一の施設区分で事業の実施が複数の病棟にわたる場合は、病棟ごとに届けてください。

備考（別紙1）介護サービス・施設サービス・居宅介護支援 サテライト事業所

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

(別紙1-2-2)

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)

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

| 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 | | | | LIFEへの登録 | 割引 | |
|---|--|--|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--|
| 各サービス共通 | | | 地域区分 | <input type="checkbox"/> 1 1級地 | <input type="checkbox"/> 6 2級地 | <input type="checkbox"/> 7 3級地 | <input type="checkbox"/> 2 4級地 | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 3 5級地 | <input type="checkbox"/> 4 6級地 | <input type="checkbox"/> 9 7級地 | <input type="checkbox"/> 5 その他 | | |
| <input type="checkbox"/> 35 介護予防特定施設入居者生活介護 | <input type="checkbox"/> 1 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 2 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 3 養護老人ホーム | <input type="checkbox"/> 1 一般型 <input type="checkbox"/> 2 外部サービス利用型 | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 看護職員 | <input type="checkbox"/> 3 介護職員 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 1 なし | |
| | | | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 | | <input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 2 あり | |
| | | | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 | | | | |
| | | | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 | | | | |
| | | | 生活機能向上連携加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ | | | |
| | | | 個別機能訓練加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり | | | | |
| | | | 若年性認知症入居者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり | | | | |
| | | | 科学的介護推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり | | | | |
| | | | 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | | | |
| | | | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり | | | | |
| | | | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり | | | | |
| | | | 生産性向上推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | | | |
| | | | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ | | |
| | | | 介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅲ | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅳ | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱ | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ | <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> B 加算Ⅴ(1) | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> C 加算Ⅴ(2) | <input type="checkbox"/> D 加算Ⅴ(3) | <input type="checkbox"/> E 加算Ⅴ(4) | <input type="checkbox"/> F 加算Ⅴ(5) | | |
| <input type="checkbox"/> G 加算Ⅴ(6) | <input type="checkbox"/> H 加算Ⅴ(7) | <input type="checkbox"/> J 加算Ⅴ(8) | | <input type="checkbox"/> K 加算Ⅴ(9) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> L 加算Ⅴ(10) | <input type="checkbox"/> M 加算Ⅴ(11) | <input type="checkbox"/> N 加算Ⅴ(12) | | <input type="checkbox"/> P 加算Ⅴ(13) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> R 加算Ⅴ(14) | | | | | | | | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | | | | | | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 67 介護予防福祉用具貸与 | | | 特別地域加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり | | <input type="checkbox"/> 1 なし | | |
| | | | 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) | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当 | | <input type="checkbox"/> 2 あり | | |
| | | | 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) | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当 | | | | |

備考（別紙1-2）介護予防サービス

備考 1 事業所・施設において、施設等の区分欄、人員配置区分欄、LIFE（科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence）への登録欄、その他該当する体制等欄に掲げる項目につき該当する番号の横の口を■にしてください。

2 「施設等の区分」及び「その他該当する体制等」欄で施設・設備等に係る加算（減算）の届出については、「平面図」（別紙6）を添付してください。

3 介護老人保健施設における「施設等の区分」及び「在宅復帰・在宅療養支援機能加算」に係る届出については、「介護老人保健施設（基本型・在宅強化型）の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出

（令和6年9月サービス提供分までは別紙13-1-1-29、令和6年10月サービス提供分以降は別紙13-1-2-29-2）又は「介護老人保健施設（療養型）の基本施設サービス費及び療養体制維持特別加算（Ⅱ）に係る届出」（別紙13-2-29-3）を添付してください。

4 病院又は診療所における短期入所療養介護（療養機能強化型以外）における「施設等の区分」に係る届出については、「病院又は診療所における短期入所療養介護（療養機能強化型以外）の基本施設サービス費に係る届出」（別紙13-3-29-4）を添付してください。

5 介護医療院における「施設等の区分」に係る届出については、「Ⅰ型介護医療院の基本施設サービス費に係る届出」（別紙13-5-30）又は「Ⅱ型介護医療院の基本施設サービス費に係る届出」（別紙13-6-30-2）を添付してください。

6 人員配置に係る届出については、勤務体制がわかる書類（「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」（別紙7）又はこれに準じた勤務割表等）を添付してください。

7 「割引」を「あり」と記載する場合は「指定居宅サービス事業所等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」（別紙5）を添付してください。

8 「認知症専門ケア加算」については、「認知症専門ケア加算に係る届出書（訪問介護、（介護予防）訪問入浴介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護）」（別紙26-1-12）又は「認知症専門ケア加算に係る届出書（（介護予防）短期入所生活介護、（介護予防）短期入所療養介護、（介護予防）特定施設入居者生活介護、（介護予防）認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設—介護医療院）」（別紙26-2-12-2）を添付してください。

9 「緊急時介護予防訪問看護加算」「特別管理体制」については、「緊急時（介護予防）訪問看護加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書」（別紙8-16）を添付してください。

10 「看護体制強化加算」については、「看護体制強化加算に係る届出書」（別紙8-2-19）を添付してください。

11 「その他該当する体制等」欄で人員配置に係る加算（減算）の届出については、それぞれ加算（減算）の要件となる職員の配置状況や勤務体制がわかる書類を添付してください。

（例）－「機能訓練指導体制」…機能訓練指導員、「リハビリテーションの加算状況」…リハビリテーション従事者、
「医師の配置」…医師、「夜間勤務条件基準」…夜勤を行う看護師（准看護師）と介護職員の配置状況 等

12 「送迎体制」については、実際に利用者の送迎が可能な場合に記載してください。

13 「生活相談員配置等加算」については、「生活相談員配置等加算に係る届出書」（別紙27-21）を添付してください。

14 「サービス提供体制強化加算」については、「サービス提供体制強化加算に関する届出書」（別紙12-14）～（別紙12-6-14-6）までのいずれかを添付してください。

15 「特定診療費項目」「リハビリテーション提供体制」については、これらに相当する診療報酬の算定のために届け出た届出書の写しを添付してください。

16 「職員の欠員による減算の状況」については、以下の要領で記載してください。

（1） 看護職員、介護職員の欠員（看護師の配置割合が基準を満たしていない場合を含む。）…人員配置区分欄の最も配置基準の低い配置区分を選択し、「その他該当する体制等」欄の欠員該当職種を選択する。

（2） ア 医師（病院において従事する者を除く。）、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護・介護従事者の欠員…「その他該当する体制等」欄の欠員該当職種のみ選択する。

（人員配置区分欄の変更は行わない。）

イ 医師の欠員（病院において従事する者に限る。）…指定基準の60%を満たさない場合について記載し、人員配置区分欄の最も配置基準の低い配置区分を選択し、「その他該当する体制等」欄の医師を選択する。

ただし、事業所・施設が以下の地域に所在する場合は、「その他該当する体制等」欄のみ選択する。（人員配置区分欄の変更は行わない。）

＜厚生労働大臣が定める地域＞

厚生労働大臣が定める地域は、人口5万人未満の市町村であって次に掲げる地域をその区域内に有する市町村の区域とする。

- 1 離島振興法（昭和28年法律第72号）第2条第1項の規定により指定された離島振興対策実施地域
- 2 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律（昭和37年法律第88号）第2条第1項に規定する辺地
- 3 山村振興法（昭和40年法律第64号）第7条第1項の規定により指定された振興山村
- 4 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法（令和3年法律第19号）第2条第1項に規定する過疎地域

なお、病院におけるサービスについて医師の欠員がある場合で、かつ、事業所・施設が上記地域に所在する場合であっても、（1）に掲げる職種に欠員がある場合は、人員配置区分欄の最も配置基準の低い人員配置区分を選択する。（（1）が優先する。）

17 「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ」「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ」については、「高齢者施設等感染対策向上加算に係る届出書」（別紙39-35）を添付してください。

18 「生産性向上推進体制加算」については、「生産性向上推進体制加算に係る届出書」（別紙41-28）を添付してください。

19 「口腔連携強化加算」については、「口腔連携強化加算に関する届出書」（別紙43-11）を添付してください。

- 注 1 介護老人福祉施設に係る届出をした場合で、介護予防短期入所生活介護の空床型を実施する場合は、介護予防短期入所生活介護の空床型における届出事項で介護老人福祉施設の届出と重複するものの届出は不要です。
- 2 介護老人保健施設に係る届出をした場合には、介護予防短期入所療養介護における届出事項で介護老人保健施設の届出と重複するものの届出は不要です。
- ~~3 介護療養型医療施設に係る届出をした場合には、介護予防短期入所療養介護における届出事項で介護療養型医療施設の届出と重複するものの届出は不要です。~~
- 4 3 介護医療院に係る届出をした場合には、介護予防短期入所療養介護における届出事項で介護医療院の届出と重複するものの届出は不要です。
- 5 4 介護予防短期入所療養介護にあつては、同一の施設区分で事業の実施が複数の病棟にわたる場合は、病棟ごとに届け出てください。
- 6 5 一体的に運営がされている介護サービスに係る届出がされ、別紙等が添付されている場合は、内容の重複する別紙等の添付は不要とすること。

備考 (別紙1-2) 介護予防サービス サテライト事業所

- 備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所の一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。