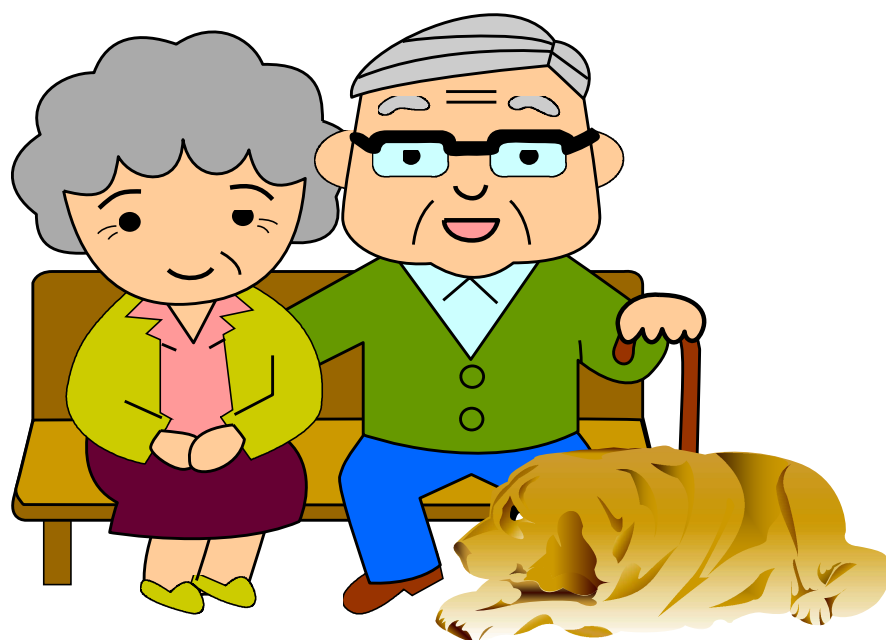


介護保険事業者 指定申請等の手引き

訪問介護事業所



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) 事業者指定の単位について	P	4
4) 用語の定義	P	4
2. 指定基準		
1) 指定基準		
指定申請書類	P	6
2) 変更、廃止、休止、再開の手続き	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	9
・ 中山間地域等における小規模事業所加算対象地域一覧		
・ 厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域一覧		

4. 様式

内 容	ペ ー ジ
指定（許可）申請書	P14
訪問介護事業者の指定に係る記載事項	P18
訪問介護事業所の指定に係る記載事項 添付書類・チェックリスト	P20
従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表	P21
経歴書	P23
平面図	P24
利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	P25
介護保険法第70条第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書	P26
変更届出書	P28
再開届出書	P30
廃止・休止届出書	P31
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>	P32
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）	P33
中山間地域等における事業所規模算定表	P34
特定事業所加算に係る届出書	P35
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）	P42

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11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11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

- 居宅指定基準は、指定居宅サービス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。
 - 指定居宅サービスの事業等を行う者又は行おうとする者が満たすべき基準等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、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採らなかったときは、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。ただし、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、次に掲げる場合には、基準に従った適正な運営ができなくなったものとして、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) 事業者指定の単位について

事業者の指定は、原則としてサービス提供の拠点ごとに行うものとする。

ただし、地域の実情等を踏まえ、サービス提供体制の面的な整備、効率的な事業実施の観点から本体の事業とは別にサービス提供等を行う出張所等であって、次の要件を満たすものについては、一体的なサービス提供の単位として「事業所」に含めて指定することができる。なお、この取扱いについては、同一法人にのみ認められる。

- ① 利用申込みに係る調整、サービス提供状況の把握、職員に対する技術指導等が一体的に行われること。
- ② 職員の勤務体制、勤務内容等が一元的に管理されること。必要な場合に随時、主たる事業所や他の出張所等との間で相互支援が行える体制にあること。
- ③ 苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制にあること。
- ④ 事業の目的や運営方針、営業日や営業時間、利用料等を定める同一の運営規程が定められること。
- ⑤ 人事、給与・福利厚生等の勤務条件等による職員管理が一元的に行われること。

4) 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（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、母性健康管理措置又は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者および「治療と仕事の両立ガイドライン」に沿って事業者が設ける短時間勤務制度等を利用する場合にも、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数を30時間として取り扱うことを可能とする。

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、従業者が労働基準法第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、人員基準をみたす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をいう。

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又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。

イ) 指定申請書類

- 様式第一号 (一) 指定 (許可) 申請書

 - 付表第一号 (一) 訪問介護事業所の指定に係る記載事項

 - 登記事項証明書又は条例等 (原本と相違のないことの証明必要)
 - ・発行日より3か月以内のものを提出すること
 - ・訪問介護事業を実施することが明記されていること

 - <標準様式1>【訪問介護】勤務体制及び勤務形態一覧表

 - <標準様式2> 平面図
 - ・事務室は確保されているか (共用可、但し専用の区画が特定できるか)
 - ・受付、相談等に対応するのに適切なスペースが必要

 - 運営規程
 - ・付表中の主な掲示事項と一致しているか。
 - ・項目は基準に定められている内容が網羅されているか。
 - ・介護等の総合的な提供を行うこととなっているか。

 - <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

 - <標準様式6>誓約書 (別紙①: 居宅サービス事業所向け)

 - 重要事項説明書

 - 従業員の資格証等の写し

 - 土地・建物に係る権利関係を明らかにできる書類
 - ・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

 - 事務所の組織図
 - ・他事業所と兼務する場合のみ提出すること

 - 新たに訪問介護事業を実施する場合は、老人福祉法上の届出が別途必要
- ※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。

○変更手続き

提出書類—様式第一号（五）変更届出書
—添付書類（下記のとおり）

根拠—規則第131条 第1項第1号

番号	変 更 事 項	添 付 書 類
1	事業所の名称（出張所を含む）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 変更後の付表第一号（一） ・ 変更前、変更後の運営規程 <small>（事業所の所在地変更の場合）</small> <ul style="list-style-type: none"> ・ <標準様式2> 平面図 ・ 土地・建物に係る権利関係を明らかにできる書類
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。	
3	主たる事務所の所在地	<ul style="list-style-type: none"> ・ 変更後の様式第一号（一）指定（許可）申請書（該当部分のみ記載） ・ 変更後の法人登記事項証明書の写し <small>（番号4および5にあつては）</small> <ul style="list-style-type: none"> ・ <標準様式6>誓約書
4	代表者または開設者の氏名及び住所	
5	申請者（法人）の名称 （法人種別の変更は、設置・廃止） 法人の登記事項証明書または条例等 <small>（当該事業に関するものに限る）</small>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 変更後の登記事項証明書または条例等の写し
6	事業所の建物の構造、専用区画等	<ul style="list-style-type: none"> ・ <標準様式2>平面図（変更前・変更後）
7	事業所の管理者の氏名及び住所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 変更後の付表第一号（一） ・ <標準様式1>【訪問介護】勤務体制及び勤務形態一覧表

番号	変更事項	添付書類
8	サービス提供責任者の氏名及び住所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 変更後の付表第一号（一） ・ <参考様式1>経歴書 ・ 資格証の写し ・ <標準様式1>【訪問介護】勤務体制及び勤務形態一覧表 ・ その他必要資料（従事期間証明書等）
9	運営規程 ○定員の増減 ○単位数の増減 ○利用料の改定 <p style="text-align: center;">等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 変更前、変更後の運営規程 ※必要に応じて ・ 付表 ・ <参考様式1>経歴書 ・ <標準様式1>【訪問介護】勤務体制及び勤務形態一覧表 ・ 従業者の資格証等の写し ・ <標準様式2> 平面図

* 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) 組織図（他事業所との兼務職員がいる場合。）

○廃止手続き

提出書類—様式第一号（七）廃止 休止届出書
 —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—様式第一号（七）廃止 休止届出書
 —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—様式第一号（六）再開届出書
 —付表第一号（一）訪問介護事業所の指定に係る記載事項
 —添付書類（<標準様式1>【訪問介護】勤務体制及び勤務形態一覧表）
 —その他必要書類

（例）休止前とサービス提供責任者が変わっている場合は、経歴書、資格証の写し等が必要。

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）介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

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

事 項	添 付 書 類
地域区分	なし
施設等の区分	通院等乗降介助を行う場合 ・ 道路運送法上の許可書の写し ・ 車検証の写し ・ 運営規程
LIFEへの登録	なし
特別地域加算	なし
共生型サービスの提供 （居宅介護事業所）	なし
共生型サービスの提供 （重度訪問介護事業所）	なし
身体介護20分未満の体制（頻回型）	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（別紙8）、定期巡回・随時対応サ ービス指定通知等又は実施計画策定書、運営 規程
中山間地域等における小規模事業所 （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 （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
高齢者虐待防止措置実施の有無	なし
業務継続計画策定の有無	なし
特定事業所加算 （Ⅰ）A、①～⑧、⑩or⑪ （Ⅱ）A、①～⑤、⑥⑦or⑧ （Ⅲ）A、①～⑤、⑧or⑨、⑩or⑪ （Ⅳ）A、①～⑤、⑧or⑨ （Ⅴ）B、①～⑤、⑫～⑬	☆A 特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅳ）に係る届出 書（別紙9） ☆B 特定事業所加算（Ⅴ）に係る届出書（別紙 9-2） (添付書類) ① 訪問介護員等・サービス提供責任者ごとに 作成された研修計画 ② 情報伝達、技術指導を目的とした会議の記 録 ③ サービス提供責任者と訪問介護員等との 連携方法がわかる書類 ④ 訪問介護員等の健康診断受診者名簿等 ⑤ 緊急時対応方針等を記載した文書等

	<ul style="list-style-type: none"> ⑥ 人材要件に係る資格者割合算出表 ⑦ 訪問介護員等の資格証写し(※勤務形態一覧表を標準様式1で提出する場合は、添付不要) 、勤務形態一覧表(標準様式1) ⑧ サービス提供責任者にかかる資格証写し(※勤務形態一覧表を標準様式1で提出する場合は添付不要) 、経歴書、勤務形態一覧表(標準様式1) ⑨ 7年以上の勤務者の経歴書 ⑩ 重度要介護者等対応要件の割合に関する計算書(別紙9-3) ⑪ 24時間の連絡体制を確保していることがわかる資料(夜間連絡体制、連携を図る病院・診療所・訪問看護STとの契約書等の写し) 看取り期の対応方針を記載した文書、 看取りに関する職員研修記録、 看取り対応を行った実施記録等 ⑫ 中山間地域等居住者一覧表 ⑬ 介護支援専門員や医療関係職種等と共同で訪問介護計画の見直したことが分かる記録
<p>○認知症専門ケア加算 (I) A、①~④ (II) A、①~②、⑤~⑥</p>	<p>☆A 認知症専門ケア加算に係る届出書 (別紙12-2) (添付書類)</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 認知症専門ケア加算算定表 ② 勤務形態一覧表(標準様式1) ③ 認知症専門ケアに関する留意事項の伝達又は技術指導を目的とした会議の記録 ④ 認知症介護実践リーダー研修等の修了書の写し ⑤ 訪問介護員等ごとに作成された認知症ケア研修計画 ⑥ 認知症介護指導者養成研修等の修了書の写し
<p>○同一建物減算 ※12%減算適用事業所(同一敷地内建物等に居住する者への提供90%以上の事業所)</p>	<p>☆訪問介護における同一建物減算に係る計算書(別紙10)</p>
<p>○口腔連携強化加算</p>	<p>☆① 口腔連携強化加算に関する届出書(別紙11) ② 歯科医療機関と相談等の体制を確保することを取り決めた文書等の写し</p>

介護職員処遇改善加算	☆算定しようとする前々月の末日までに介護職員処遇改善計画書を提出する必要があります。
------------	--

- ※ ☆は、記載様式があります。
- ※ 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。
- ※ ○印は創設された加算あるいは算定要件が変更された加算となります。
- ※ 新たに算定する場合や要件の変更に伴う算定不可となる場合は届出が必要となります
- ※ 既存の加算で新たに算定する場合等についても今回改正に伴う項目と併せて届け出てください。

■中山間地域等における小規模事業所加算対象地域一覧

令和6年4月1日現在

現市町名	特別地域加算対象地域		中山間地域等における小規模事業所加算対象地域	
	旧市町名	町名・大字名	旧市町名	町名・大字名
大津市				
彦根市				
長浜市	旧浅井町	野瀬、草野、高山、寺師、西村、太田、郷野、鍛冶屋、岡谷		
	旧木之本町	金居原、杉野、杉本、音羽、川合、古橋、石道、小山、大見		
	旧余呉町	上丹生、下丹生、摺墨、菅並、小原、田戸、鷺見、針川、尾羽梨、奥川並、文室、国安、東野、今市、池原(新堂)、柳ヶ瀬、小谷、椿坂、中河内		
	旧西浅井町	全域		
近江八幡市		沖島		
栗東市				
甲賀市	旧土山町	大河原、鮎河、黒滝、黒川、猪鼻、山中、笹路、山女原		
	旧信楽町	宮町、黄瀬、牧、勅旨、柞原、中野、杉山、小川、小川出、西、上朝宮、下朝宮、宮尻、多羅尾		
高島市	旧マキノ町	小荒路、野口、在原、下、山中、浦、寺久保、蛭口、石庭、牧野、白谷、上開田、下開田	旧マキノ町	特別地域加算対象地域を除く地域
	旧今津町	南生見、北生見、追分、角川、保坂、途中谷、棕川、杉山、天増川、狭山、深清水、桂、酒波、日置前、福岡、北仰、浜分	旧今津町	特別地域加算対象地域を除く地域
	旧朽木村	全域		
			旧高島町	鵜川、黒谷※、鹿ヶ瀬※、畑※
東近江市	旧永源寺町	全域		
米原市	旧伊吹町	大久保、小泉、伊吹、上野、弥高、太平寺、北部(甲津原、曲谷、甲賀)、吉槻、上板並、下板並	旧伊吹町	特別地域加算対象地域を除く地域
			旧山東町	全域
			旧米原町	一色、枝折、上丹生、下丹生、醒井
多賀町		川相、藤瀬、富之尾、檜崎、一ノ瀬、樋田、萱原、大杉、仏ヶ後、小原、霜ヶ原、佐目、南後谷、大佐谷、大滝、保月、杉、五僧		特別地域加算対象地域を除く地域
甲良町			甲良町	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、辺地度点数評価を行い、地域指定が更新される。

■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、葛川貫井町、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、莊厳寺町、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、辺地度点数評価を行い、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

申請者	フリガナ					
	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		
	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

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○)	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)

- 備考
- 1 「指定(許可)申請対象事業等」及び「既に指定(許可)を受けている事業等」の欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 - 2 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は訪問看護ステーションとして医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。
 - 3 居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業所について、他方の居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所の指定を受ける場合であって、届出事項に変更がないときは、「事業所の名称及び所在地」、「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」、「当該申請に係る事業の開始予定年月日」、「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」、「介護支援専門員の氏名及び登録番号」及び「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。
 - 4 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
 - 5 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
 - 6 指定(許可)を受けようとする事業所(施設)の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。

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

記入例

年 月 日

(宛先)

滋賀県知事

申請は法人のみ可能です。

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

申請者	フリガナ					
	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	
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	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 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 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					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)
	指定介護予防サービス	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					
	介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>				
	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					
	介護予防福祉用具貸与					
	特定介護予防福祉用具販売					
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)				

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。

介護予防を同時に申請する場合は、併せてご記入ください。

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には記入してください。

- 備考
- 1 「指定(許可)申請対象事業等」及び「既に指定(許可)を受けている事業等」の欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 - 2 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は訪問看護ステーションとして医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。
 - 3 居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業所について、他方の居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所の指定を受ける場合であって、届出事項に変更がないときは、「事業所の名称及び所在地」、「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」、「当該申請に係る事業の開始予定年月日」、「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」、「介護支援専門員の氏名及び登録番号」及び「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。
 - 4 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
 - 5 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
 - 6 指定(許可)を受けようとする事業所(施設)の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。

付表第一号（一） 訪問介護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		
	Email					
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏名					
	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				
共生型サービスの該当有無				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
○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		訪問介護員等				
		専従		兼務		
		常勤(人)				
		非常勤(人)				
常勤換算後の人数(人)						
利用者の推定数(人)						
サービス提供責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏名					
	生年月日					
	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏名					
生年月日						
添付書類	別添のとおり					

(訪問介護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 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号
		Email		

- 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次頁の記入欄不足時の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 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従業者も含めて記載してください。

記入例

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	
	Email	管理者本人の住所			
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
	氏名				
	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				
共生型サービスの該当有無			□有		
○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		訪問介護員等			
		専従	兼務		
常勤(人)					
非常勤(人)					
常勤換算後の人数(人)					
利用者の推定数(人)					
サービス提供責任者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
	氏名				
	生年月日				
	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
	氏名				
	生年月日				
添付書類	別添のとおり				

管理者本人の住所

勤務形態一覧表にある従業員の延べ人数と一致します。

(訪問介護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 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号
		Email		

出張所(サテライト)がある場合は記入してください。

- 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次頁の記入欄不足時の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 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従業者も含めて記載してください。

(別添)

付表第一号(一) 訪問介護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	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
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	標準様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	誓約書	標準様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
7	重要事項説明書		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
8	従業者の資格証等の写し		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
9	土地・建物に係る権利関係を明らかにできる書類		<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
10	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。

新規指定時に必要に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 ・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	老人福祉法に係る届出	・居宅生活支援事業開始届 ・定款 ・事業計画書 ・収支予算書

※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者が勤務すべき時間数	40 時間/週
	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	

(12) サービス提供責任者の配置基準 (前3か月の利用者数)

(新規申請の場合は推定数)	1月	2月	3月	合計
要介護者				0
要支援者等				0
通院等				0
合計	0	0	0	0

(平均利用者数)
0

(13) 【任意入力】人員基準の確認 (訪問介護員)

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	0	0.0	0	0.0	0
B	0	0.0	0	0.0	0
C	0	0.0	0	0.0	-
D	0	0.0	0	0.0	-
合計	0	0.0	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

平均利用者数 (※) サービス提供責任者の必要配置人数
 $0 \div 40 = 0.0 \Rightarrow 1.0人以上$
 (小数点第1位に切り上げ)

- (※) 以下の要件を全て満たす場合、利用者の数が50人またはその端数を増すごとに1人以上で可
- ・常勤のサービス提供責任者を3人以上配置
 - ・サービス提供責任者の業務に主として従事する者を1人以上配置
 - ・サービス提供責任者が行う業務が効率的に行われている

■ 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) \div 週に勤務すべき時間数 = 常勤換算後の人数
 $0 \div 40 = 0.0$
 (小数点第2位以下切り捨て)

■ 訪問介護員等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
 $0 + 0.0 = 0.0人$

(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
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	管理者の勤務時間は常勤換算から除きます。			
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				

常

(12) サービス提供責任者の配置基準 (前3か月の利用者数)

(新規申請の場合は推定数)	1月	2月	3月	合計
要介護者				0
要支援者等				0
通院等				0
合計	0	0	0	0

(平均利用者数)
0

(13) 【任意入力】人員基準の確認 (訪問介護員)

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	0	0.0	0	0.0	0
B	0	0.0	0	0.0	0
C	0	0.0	0	0.0	-
D	0	0.0	0	0.0	-
合計	0	0.0	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

平均利用者数 (※) サービス提供責任者の必要配置人数
 $0 \div 40 = 0.0 \Rightarrow 1.0人以上$
 (小数点第1位に切り上げ)

■ 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) \div 週に勤務すべき時間数 = 常勤換算後の人数
 $0 \div 40 = 0.0$
 (小数点第2位以下切り捨て)

■ 訪問介護員等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
 $0 + 0.0 = 0.0人$

- (※) 以下の要件を全て満たす場合、利用者の数が50人またはその端数を増すごとに1人以上で可
- ・常勤のサービス提供責任者を3人以上配置
 - ・サービス提供責任者の業務に主として従事する者を1人以上配置
 - ・サービス提供責任者が行う業務が効率的に行われている

(参考様式1)

経 歴 書

事業所または施設の名称			
カナ			
氏名		生年月日	年 月 日
住所	(郵便番号 ー)		
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)			

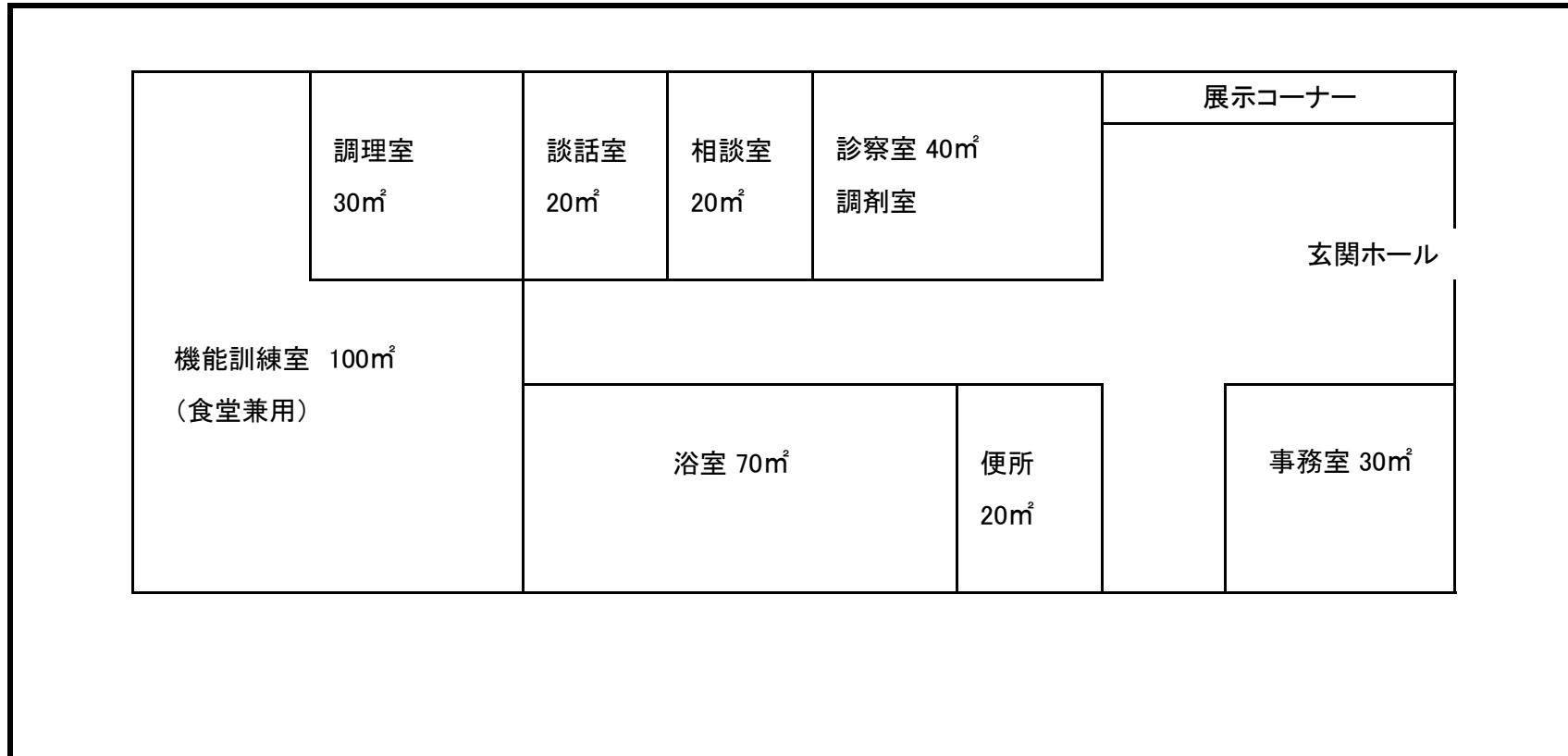
備考

- 1 標題には、「サービス提供責任者」、「生活相談員」等と記入してください。
- 2 住所は、自宅のものを記入してください。

(標準様式2)
 平面図

事業所・施設の名称	
-----------	--

記載例



- 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。

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所または施設名	
申請するサービス種類	

措 置 の 概 要	
1	<p>利用者からの相談または苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置</p> <p>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。</p> <p>(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-△△△△</p>
2	<p>円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>〇〇市介護保険担当課 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</p>
3	<p>その他参考事項 (例)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 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。

	別紙①: 居宅サービス事業所向け
	別紙②: 介護老人福祉施設向け
	別紙③: 介護老人保健施設向け
	別紙④: 介護医療院向け
	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、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、第一百五十五条の二第二項第五号の三、第一百五十五条の十二第二項第五号の三、第一百五十五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、第一百五十五条の二第二項第五号の三、第一百五十五条の十二第二項第五号の三及び第一百五十五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つ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级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。)であつ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つた事実及び当該指定の取消し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つた事実及び当該指定の取消し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一百五十五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つた事実及び当該指定の取消し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一百五十五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つた場合において、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(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。

変更届出書

年 月 日

(宛先)

所在地

滋賀県知事

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つては、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。

変更届出書

変更の生じた日から10日以内に届出をしてください。

(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

年 月 日

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つては、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)

所在地

滋賀県知事

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、従業員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 (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	法人の種類	法人所轄庁					
	代表者の職・氏名	職名			氏名		
事業所・施設の状況	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 群市					
	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					
届出を行う事業所・施設の種類の種類	連絡先	電話番号			FAX番号		
	管理者の氏名						
届出を行う事業所・施設の種類の種類	管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 群市					
	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	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	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」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。

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"/> 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"/> 11	訪問介護	<input type="checkbox"/> 1 身体介護 <input type="checkbox"/> 2 生活援助 <input type="checkbox"/> 3 通院等乗降介助		定期巡回・随時対応サービスに関する状況	<input type="checkbox"/> 1 定期巡回の指定を受けていない <input type="checkbox"/> 2 定期巡回の指定を受けている <input type="checkbox"/> 3 定期巡回の整備計画がある					<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						
				特定事業所加算(V以外)	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算I <input type="checkbox"/> 3 加算II <input type="checkbox"/> 4 加算III <input type="checkbox"/> 5 加算IV						
				特定事業所加算V	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり						
				共生型サービスの提供(居宅介護事業所)	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり						
				共生型サービスの提供(重度訪問介護事業所)	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり						
				同一建物減算(同一敷地内建物等に居住する者への提供)	<input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当						
				同一建物減算(同一敷地内建物等に居住する者への提供(利用者50人以上))	<input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当						
				同一建物減算(同一敷地内建物等に居住する者への提供割合90%以上)	<input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当						
				特別地域加算	<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						
				口腔連携強化加算	<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						
				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I <input type="checkbox"/> 8 加算II <input type="checkbox"/> 9 加算II <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										

中山間地域等における事業所規模算定表

該当サービス	サービス種類	小規模事業所の定義
	訪問介護	訪問回数 200回以下／月
	訪問入浴介護	訪問回数 20回以下／月
	介護予防訪問入浴介護	訪問回数 5回以下／月
	訪問看護	訪問回数 100回以下／月
	介護予防訪問看護	訪問回数 5回以下／月
	訪問リハビリテーション	訪問回数 30回以下／月
	介護予防訪問リハビリテーション	訪問回数 10回以下／月
	居宅療養管理指導	訪問回数 50回以下／月
	介護予防居宅療養管理指導	訪問回数 5回以下／月
	居宅介護支援	実利用者数 20人以下／月
	福祉用具貸与	実利用者数 15人以下／月
	介護予防福祉用具貸与	実利用者数 5人以下／月

1. 「前年事業実績が6ヶ月以上ある事業所用」

月	延べ訪問回数 (実利用者数)
4月	
5月	
6月	
7月	
8月	
9月	
10月	
11月	
12月	
1月	
2月	
合計: (A)	
平均: (A) / 実績月数	

2. 「前年事業実績が6ヶ月に満たない事業所および新規事業所用」

月	延べ訪問回数 (実利用者数)
合計: (A)	
平均: (A) / 3	

※1. 前年度(3月を除く)の1ヶ月あたりの平均延べ訪問回数(実利用者数)とする

※2. 届出日の属する月の前3ヶ月の1ヶ月あたりの平均延べ訪問回数(実利用者数)とする

特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅳ）に係る届出書（訪問介護事業所）

事業所名			
異動等区分	<input type="checkbox"/> 1 新規	<input type="checkbox"/> 2 変更	<input type="checkbox"/> 3 終了
届出項目	<input type="checkbox"/> 1 特定事業所加算(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> 2 特定事業所加算(Ⅱ)	
	<input type="checkbox"/> 3 特定事業所加算(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> 4 特定事業所加算(Ⅳ)	

<p>1. 体制要件（特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅳ）共通） ※特定事業所加算（Ⅰ）又は（Ⅲ）を取得する場合であって、「3. 重度要介護者等対応要件」②を選択する場合は、(6)～(9)を記載すること。</p> <p>(1) 個別の訪問介護員等・サービス提供責任者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している又は実施することが予定されている。 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></p> <p>(2) 訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的に開催している。 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></p> <p>(3) サービス提供責任者と訪問介護員等との間の情報伝達及び報告体制を整備している。 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></p> <p>(4) 訪問介護員等に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></p> <p>(5) 緊急時等における対応方法を利用者に明示している。 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></p> <p>(6) 病院等(※)の看護師との連携により24時間連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて指定訪問介護を行うことができる体制を整備していること。 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></p> <p>(7) 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族等に対して、当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること。 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></p> <p>(8) 看取りに関する対応方針について、医師、看護職員(※)、介護職員、介護支援専門員その他の職種のものによる協議の上、当該事業所における看取りの実績等を踏まえ、適宜、見直しを行う。 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></p> <p>(9) 看取りに関する職員研修を行っている。 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></p> <p>※ 「病院等」は「病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーション」を指す。</p> <p>2. 人材要件（特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅳ）共通） ※特定事業所加算（Ⅰ）を取得する場合は(1)及び(2)①、(Ⅱ)を取得する場合は、(1)または(2)①、(Ⅲ)又は(Ⅳ)を取得する場合は、(2)②または(3)に記載すること。</p> <p>(1) 訪問介護員等要件について 下表の①については必ず記載すること。②・③についてはいずれかを記載すること可。 [<input type="checkbox"/> 前年度 <input type="checkbox"/> 前三月] における一月当たりの実績の平均 ([]はいずれかの口を■にする)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 45%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">常勤換算 職員数</td> <td style="width: 35%;"></td> </tr> <tr> <td>①</td> <td>訪問介護員等の総数（常勤換算）</td> <td style="text-align: center;">人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）</td> <td style="text-align: center;">人</td> <td>→ ①に占める②の割合が30%以上</td> </tr> <tr> <td>③</td> <td>①のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数（常勤換算）</td> <td style="text-align: center;">人</td> <td>→ ①に占める③の割合が50%以上</td> </tr> </table> <p>(2) サービス提供責任者要件について</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">職員数</td> <td style="text-align: center;">常勤換算職員数</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">サービス提供責任者</td> <td style="text-align: center;">常勤</td> <td style="text-align: center;">人</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">非常勤</td> <td style="text-align: center;">人</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> </table> <p>①すべてが3年以上の介護業務の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者である。（なお、指定居宅サービス等第5条2項により1人を超えるサービス提供責任者を配置することとされている事業所においては、常勤のサービス提供責任者を配置していること。） <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></p> <p>②指定居宅サービス等基準第5条第2項の規定により配置することとされている常勤のサービス提供責任者が2人以下の事業所であって、同項の規定により配置することとされているサービス提供責任者を常勤により配置し、かつ、同行に規定する基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置していること。 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></p> <p>(3) 勤続年数要件について</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 45%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">常勤換算</td> <td style="width: 35%;"></td> </tr> <tr> <td>①</td> <td>訪問介護員等の総数（常勤換算）</td> <td style="text-align: center;">人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち勤続年数7年以上の者の総</td> <td style="text-align: center;">人</td> <td>→ ①に占める②の割合が30%以上</td> </tr> </table>			常勤換算 職員数		①	訪問介護員等の総数（常勤換算）	人		②	①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）	人	→ ①に占める②の割合が30%以上	③	①のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数（常勤換算）	人	→ ①に占める③の割合が50%以上			職員数	常勤換算職員数	サービス提供責任者	常勤	人	人	非常勤	人	人			常勤換算		①	訪問介護員等の総数（常勤換算）	人		②	①のうち勤続年数7年以上の者の総	人	→ ①に占める②の割合が30%以上	<p>有 ・ 無</p> <p>有 ・ 無</p> <p>有 ・ 無</p>
		常勤換算 職員数																																						
①	訪問介護員等の総数（常勤換算）	人																																						
②	①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）	人	→ ①に占める②の割合が30%以上																																					
③	①のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数（常勤換算）	人	→ ①に占める③の割合が50%以上																																					
		職員数	常勤換算職員数																																					
サービス提供責任者	常勤	人	人																																					
	非常勤	人	人																																					
		常勤換算																																						
①	訪問介護員等の総数（常勤換算）	人																																						
②	①のうち勤続年数7年以上の者の総	人	→ ①に占める②の割合が30%以上																																					
<p>3. 重度要介護者等対応要件（特定事業所加算（Ⅰ）・（Ⅲ）） ※①または②のいずれか満たすものを記載すること。</p> <p>[<input type="checkbox"/> 前年度 <input type="checkbox"/> 前三月] における ([]はいずれかの口を■にする)</p> <p>① 利用者の総数のうち、要介護4及び要介護5である者、認知症日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ又はMである者並びにたんの吸引等が必要な者が占める割合が20%以上 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></p> <p>② 看取り期の利用者への対応実績が1人以上 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></p>		<p>有 ・ 無</p> <p>有 ・ 無</p>																																						

備考1 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。

備考2 平成25年4月以降は、「介護職員基礎研修課程修了者」とあるのは「旧介護職員基礎研修課程修了者」と、「1級課程修了者」とあるのは「旧1級課程修了者」と読み替える。

備考3 「たんの吸引等が必要な者」は、社会福祉士及び介護福祉士法の規定に基づき、たんの吸引等の業務を行うための登録を受けている事業所に限り該当するものである。

特定事業所加算（V）に係る届出書（訪問介護事業所）

事業所名	
異動等区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了

<p>○体制要件</p> <p>(1) 個別の訪問介護員等・サービス提供責任者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している又は実施することが予定されている。</p> <p>(2) 訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的開催している。</p> <p>(3) サービス提供責任者と訪問介護員等との間の情報伝達及び報告体制を整備している。</p> <p>(4) 訪問介護員等に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。</p> <p>(5) 緊急時等における対応方法を利用者へ明示している。</p> <p>(6) 通常の事業の実施地域内であって中山間地域等に居住する利用者（※）に対して、継続的にサービスを提供している。</p> <p>[<input type="checkbox"/> 前年度 <input type="checkbox"/> 前三月] における ([]はいずれかの□を■にする)</p> <p>(中山間地域等に居住する利用者へのサービス提供状況)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 5%;">①</td> <td style="width: 65%;">前年度又は前三月の中山間地域等に居住する者へのサービス提供人数（実人数）</td> <td style="width: 10%;">人</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①における前年度または前三月の平均人数</td> <td>人</td> <td>→ 平均1人以上</td> </tr> </table> <p>(7) 利用者の心身の状況またはその家族等を取り巻く環境の変化に応じて、訪問介護事業所のサービス提供責任者等が起点となり、随時、介護支援専門員、医療関係職種等と共同し、訪問介護計画の見直しを行っている。</p>	①	前年度又は前三月の中山間地域等に居住する者へのサービス提供人数（実人数）	人		②	①における前年度または前三月の平均人数	人	→ 平均1人以上	<p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p>
①	前年度又は前三月の中山間地域等に居住する者へのサービス提供人数（実人数）	人							
②	①における前年度または前三月の平均人数	人	→ 平均1人以上						

※ 事業所の通常の事業の実施地域の範囲内であって、厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域（平成二十一年厚生労働省告示第八十三号）第二号に規定する地域に居住している利用者かつ当該利用者の居宅の所在地と最寄りの訪問介護事業所との間の距離が7キロメートルを超える場合に限る。

備考 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。

特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅱ):人材要件に係る有資格者割合算出表 【訪問介護】

- 実績が6か月以上ある事業所は、①または②のいずれかにより計算してください。
- 実績が6か月未満の事業所は、②により計算してください(①による届出はできません)

※有資格者数は、各月の前月の末日時点で資格を取得している、または研修の課程を修了している者を対象とする。
 ※人材要件については、 $B/A \geq 30\%$ または $C/A \geq 50\%$ のいずれか一方の要件を満たすこと。
 算出表の記入にあたっては、(B)または(C)のいずれか該当するもののみ記入してください。

① 前年度の実績の平均

前年度(3月を除く)の1ヶ月あたりの実績の平均について、常勤換算方法により算出すること。

	全訪問介護員等 常勤換算数 (A)	介護福祉士 常勤換算数 (B)	介護福祉士+実務者研修修了者+基礎研修修了者+1級ヘルパー常勤換算数 (C)	B/A ($\geq 30\%$)	C/A ($\geq 50\%$)
4月					
5月					
6月					
7月					
8月					
9月					
10月					
11月					
12月					
1月					
2月					
			合計(D)		
			平均(D/実績月数)		

② 前3月の実績の平均

届出日の属する月の前3ヶ月の1ヶ月あたりの実績の平均について、常勤換算方法により算出すること。

※②により算出する場合は、直近3か月の状況を毎月記録し、継続的に所定の割合を維持しなければならない。
 所定の割合を下回った場合は、速やかに届出を行うこと。

	全訪問介護員等 常勤換算数 (A)	介護福祉士 常勤換算数 (B)	介護福祉士+実務者研修修了者+基礎研修修了者+1級ヘルパー常勤換算数 (C)	B/A ($\geq 30\%$)	C/A ($\geq 50\%$)
月					
月					
月					
			合計(D)		
			平均(D/3)		

利用者名 _____

伝達日時	サ責氏名	サービス提供年月日 (予定)	伝達・指示内容		報告日時	担当ヘルパー名	サービス提供年月日 (実績)	報告
			前回のサービス提供時の状況	その他、利用者の状況、サービス提供にあたっての留意事項				

1 事業所名																															
2 異動区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了																														
3 施設種別	<input type="checkbox"/> 1 訪問介護事業所 <input type="checkbox"/> 2 (介護予防)訪問看護事業所(訪問看護ステーション) <input type="checkbox"/> 3 (介護予防)訪問リハビリテーション事業所 <input type="checkbox"/> 4 (介護予防)短期入所生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 5 (介護予防)短期入所療養介護事業所 <input type="checkbox"/> 6 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所																														
4 歯科医療機関との連携の状況	<p>1. 連携歯科医療機関</p> <table border="1"> <tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr> <tr><td>所在地</td><td></td></tr> <tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr> <tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr> </table> <p>2. 連携歯科医療機関</p> <table border="1"> <tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr> <tr><td>所在地</td><td></td></tr> <tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr> <tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr> </table> <p>3. 連携歯科医療機関</p> <table border="1"> <tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr> <tr><td>所在地</td><td></td></tr> <tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr> <tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr> </table>	歯科医療機関名		所在地		歯科医師名		歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日	連絡先電話番号		歯科医療機関名		所在地		歯科医師名		歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日	連絡先電話番号		歯科医療機関名		所在地		歯科医師名		歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日	連絡先電話番号	
歯科医療機関名																															
所在地																															
歯科医師名																															
歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日																														
連絡先電話番号																															
歯科医療機関名																															
所在地																															
歯科医師名																															
歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日																														
連絡先電話番号																															
歯科医療機関名																															
所在地																															
歯科医師名																															
歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日																														
連絡先電話番号																															

注1 「連携歯科医療機関」とは、利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に対して、口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療の提供等について相談できる体制を確保している歯科医療機関である。

注2 「連携歯科医療機関」は1つ以上の記載が必要である。なお、記入欄が不足している場合には、「歯科医療機関との連携の状況」のみを追加記載した様式を別途添付しても差し支えない。

注3 「歯科訪問診療料の算定の実績」とは、歯科診療報酬点数表の区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績であり、直近の算定日を記載すること。

※ 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出してください。

口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書

年 月 日

情報提供先 (歯科医療機関・居宅介護支援事業所)

名称
担当 殿

介護事業所の名称
所在地
電話番号
FAX番号
管理者氏名
記入者氏名

利用者氏名 (ふりがな) 男・女 年 月 日生 連絡先 ()
基本情報
要介護度
基礎疾患
誤嚥性肺炎の発症・既往
麻痺
摂食方法
現在の歯科受診について
義歯の使用
口腔清掃の自立度
現在の処方

【口腔の健康状態の評価】

Table with 4 columns: 項目番号, 項目, 評価, 評価基準. Rows include 開口, 歯の汚れ, 舌の汚れ, 歯肉の腫れ、出血, 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる, むせ, ぶくぶくうがい, 食物のため込み、残留, その他.

※ 1 現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認する。(誤嚥のリスクも鑑みて、改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

※ 2 食事の観察が可能な場合は確認する。(改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

歯科医師等による口腔内等の確認の必要性
低い 高い
項目1-8について「あり」または「できない」が1つでもある場合は、歯科医師等による口腔内等の確認の必要性「高い」とする。

※ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士

歯科医療機関への連絡事項 (自由記載)
介護支援専門員への連絡事項 (自由記載)

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)

事業所名	
異動等区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了
施設種別	<input type="checkbox"/> 1 訪問介護 <input type="checkbox"/> 2 (介護予防)訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 3 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 4 夜間対応型訪問介護
届出項目	<input type="checkbox"/> 1 認知症専門ケア加算(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 認知症専門ケア加算(Ⅱ)

	有 ・ 無																
1. 認知症専門ケア加算(Ⅰ)に係る届出内容																	
(1) 利用者の総数のうち、日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の割合が50%以上である	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																
<table border="1"> <tr><td>① 利用者の総数 注</td><td>人</td></tr> <tr><td>② 日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の数</td><td>人</td></tr> <tr><td>③ ②÷①×100</td><td>%</td></tr> </table> 注 届出日の属する月の前3月間の利用実人員数又は利用延べ人数の平均で算定。	① 利用者の総数 注	人	② 日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の数	人	③ ②÷①×100	%											
① 利用者の総数 注	人																
② 日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の数	人																
③ ②÷①×100	%																
(2) 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の数に応じて必要数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																
<table border="1"> <tr><td>認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数</td><td>人</td></tr> </table>	認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数	人															
認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数	人																
【参考】																	
<table border="1"> <thead> <tr><th>日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の</th><th>研修修了者の必要数</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>20人未満</td><td>1以上</td></tr> <tr><td>20以上30未満</td><td>2以上</td></tr> <tr><td>30以上40未満</td><td>3以上</td></tr> <tr><td>40以上50未満</td><td>4以上</td></tr> <tr><td>50以上60未満</td><td>5以上</td></tr> <tr><td>60以上70未満</td><td>6以上</td></tr> <tr><td>～</td><td>～</td></tr> </tbody> </table>	日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の	研修修了者の必要数	20人未満	1以上	20以上30未満	2以上	30以上40未満	3以上	40以上50未満	4以上	50以上60未満	5以上	60以上70未満	6以上	～	～	
日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の	研修修了者の必要数																
20人未満	1以上																
20以上30未満	2以上																
30以上40未満	3以上																
40以上50未満	4以上																
50以上60未満	5以上																
60以上70未満	6以上																
～	～																
(3) 従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に行っている	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																
2. 認知症専門ケア加算(Ⅱ)に係る届出内容																	
(1) 認知症専門ケア加算(Ⅰ)の(2)・(3)の基準のいずれにも該当している ※認知症専門ケア加算(Ⅰ)に係る届出内容(2)～(3)も記入すること。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																
(2) 利用者の総数のうち、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の割合が20%以上である																	
<table border="1"> <tr><td>① 利用者の総数 注</td><td>人</td></tr> <tr><td>② 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数 注</td><td>人</td></tr> <tr><td>③ ②÷①×100</td><td>%</td></tr> </table> 注 届出日の属する月の前3月間の利用実人員数又は利用延べ人数の平均で算定。	① 利用者の総数 注	人	② 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数 注	人	③ ②÷①×100	%											
① 利用者の総数 注	人																
② 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数 注	人																
③ ②÷①×100	%																
(3) 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施している	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																
(4) 事業所において介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定している	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																

備考1 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

備考2 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、認知症介護実践リーダー研修及び認知症看護に係る適切な研修を、「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、認知症介護指導者養成研修及び認知症看護に係る適切な研修を指す。

- ※認知症看護に係る適切な研修
- ① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修
 - ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
 - ③ 日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」
(認定証が発行されている者に限る)

備考3 認知症専門ケア加算(Ⅱ)の算定にあつては、認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を修了した者、又は認知症看護に係る適切な研修を修了した者を1名配置する場合、「認知症介護に係る専門的な研修」及び「認知症介護の指導に係る専門的な研修」の修了者をそれぞれ1名配置したこととなる。

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）

事業所名	
異動等区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了

<p>(1) 利用者又はその家族等から電話等による連絡があった場合に、24時間対応できる体制にあること。</p> <p>連絡方法</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p>					
<p>(2) 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定を併せて受けている。</p>	<p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p>					
<p>(3) 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定を受けようとする計画を策定している。</p>	<p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p>					
<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 30%;">実施予定年月日</td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;">年</td><td style="width: 10%;">月</td><td style="width: 10%;">日</td></tr></table>	実施予定年月日		年	月	日	
実施予定年月日		年	月	日		

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。

訪問介護における同一建物減算に係る計算書

事業所名
事業所番号

1. 判定期間 (※)

令和 年度 □ 前期 □ 後期

(※) なお、令和6年度については、前期の判定期間を4月1日から9月末日、減算適用期間を11月1日から3月31日までとし、後期の判定期間を10月1日から2月末日、減算適用期間を令和七年度の4月1日から9月30日までとするため、以下の「2. 判定方法」については、適宜判定期間を修正の上、ご使用ください。

2. 判定結果

□ 非該当 □ 該当

ア. 前期

Table with 3 columns: Month, Total users (excluding support staff), and Users eligible for reduction. Rows include months 3-8 and a total row.

③割合 (②÷①) %

④90%以上である場合の理由(※2より該当する番号を記入)

イ. 後期

Table with 3 columns: Month, Total users (excluding support staff), and Users eligible for reduction. Rows include months 9-2 and a total row.

③割合 (②÷①) %

④90%以上である場合の理由(※2より該当する番号を記入)

(※1) 同一の建物に20人以上居住する建物に居住する者及び同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する者
(※2) 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用

備考

- 本資料は同一建物減算に係る算定手続きを補完する資料としてご使用ください。
「1. 判定期間」で、該当する期間を選択してください。
「2. 判定結果」で、またはイの算定結果を元を選択してください。