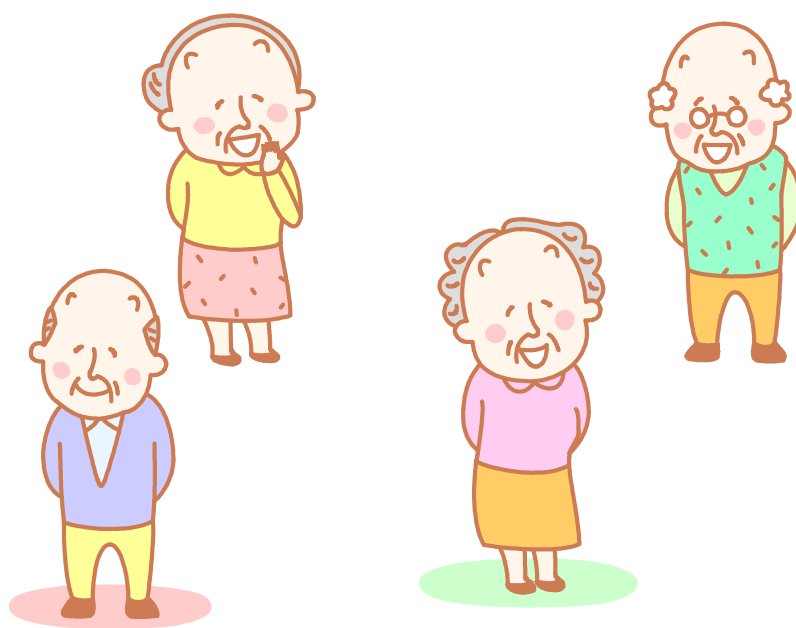


# 介護保険事業者 指定申請等の手引き

## 通所介護事業所



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. 1
2) 指定を受けるにあたっての留意事項	P. 1
3) 事業者指定の単位について	P. 2
4) 用語の定義	P. 2
2. 事業所指定各論（通所介護事業所）	
1) 指定基準	
指定申請書類	P. 4
2) 変更、廃止、休止、再開の手続き	P. 5
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
・ 中山間地域等の地域一覧	P. 11
4. 様式	
・ 様式第一号（一） 指定（許可）申請書	P. 13
・ 付表第一号（六） 通所介護事業所の指定に係る記載事項	P. 17
・ 付表第一号（六） 通所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	P. 20
・ 標準様式 1 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表	P. 21
・ 参考様式 1 経歴書	P. 27
・ 標準様式 2 平面図	P. 28
・ 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	P. 29
・ 参考様式 6 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	P. 30
・ 様式第一号（五） 変更届出書	P. 32
・ 様式第一号（六） 再開	P. 34
・ 様式第一号（七） 廃止・休止届出書	P. 35
・ 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＞	P. 36
・ 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）	P. 37
・ 通所介護事業にかかる事業所規模算定表	P. 38
・ 別紙22 中重度者ケア体制加算 届出書	P. 40
・ 別紙22-2 中重度者ケア体制加算 計算書	P. 41
・ 別紙23 認知症加算 届出書	P. 42
・ 別紙23-2 認知症加算 計算書	P. 43
・ 栄養改善加算に係る届出書	P. 44
・ 生活機能連携向上加算に係る届出書	P. 45
・ 別紙14-3 サービス提供体制強化加算に関する届出書（算定表）	P. 46

## 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、直ちに取り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（六）通所介護事業所の指定に係る記載事項
- （別添）付表第一号（六）通所介護事業所指定に係る記載事項（チェックリスト）
- 登記事項証明書<sup>の写し</sup>（原本と相違のない旨の証明が必要）
  - ・発行日より 3 か月以内のものを提出すること
  - ・通所介護を実施することが明記されていること
- 従業者の勤務体制等の書類（標準様式 1）
- 事業所の平面図（標準様式 2 ※別に図面がある場合はそれに代えることが可能）
  - ・食堂・機能訓練室があり、合計面積は定員×3㎡以上か。
  - ・静養室、相談室、事務室、便所等はあるか。
- 事業所の設備等に係る項目一覧表（標準様式 3）
- 運営規程、重要事項説明書、利用契約書
  - ・付表と内容が一致しているか。
- 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）
- 当該不動産にかかる登記事項証明書、賃貸借契約書、市町村との委託契約書等の写し等
  - ※ 不動産登記と住所表記が異なる場合は、同一であることを証明する書面を添付のこと。
- 従業者の資格証等の写し（生活相談員、看護職員および機能訓練指導員等）
- 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（指定居宅サービス誓約書：標準様式 6）
- 当該事業所および関連する事業所の組織図
  - ※他事業所と兼務する場合のみ提出すること
  - ※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
- その他別途必要となる届出
  - ・介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
  - ・老人福祉法に基づく届出
    - （老人デイサービスセンター設置届または老人居宅生活支援事業開始届）
  - ・宿泊サービスを実施する場合は、宿泊サービスの実施に関する届出書

※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）
- ・建築基準法に基づく検査済証等
  - ・消防法に基づく検査済証、点検結果報告書等

## 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、又は当該指定居宅サービスの事業を廃止し、休止し、若しくは再開したときは、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。

(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、又は当該指定介護予防サービスの事業を廃止し、休止し、若しくは再開したときは、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。

### ○変更手続き

提出書類－変更届出書 様式第一号（五）

－添付書類（下表のとおり）

根拠－介護保険法施行規則 第131条 第1項第2号  
第140条の22第1項第2号

変 更 事 項	添 付 書 類
事業所の名称（出張所を含む）	・ 変更後の付表第一号（六）
事業所の所在地 *事業所移転の場合は、事前に相談の上、移転予定月の前月の15日までに届け出てください。	・ 変更前、変更後の運営規程 【事業所の所在地変更の場合は以下も必要】 ・ 事業所の平面図（標準様式2） ・ 事業所の設備等に係る項目一覧表 （標準様式3） ・ 当該不動産にかかる登記事項証明書、賃貸借契約書等 （・住所表示変更通知書等）
主たる事務所の所在地	・ 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 【4・5の変更にあつては以下も必要】 ・ 誓約書（標準様式6別紙）
代表者または開設者の氏名および住所	
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
<b>変 更 事 項</b>	<b>添 付 書 類</b>
事業所の建物の構造、専用区画等	・ （標準様式 2）平面図（変更前・変更後） ・ 変更後の付表第一号（六）
事業所の管理者の氏名及び住所	・ 変更後の付表第一号（六） ・ 変更月の勤務体制及び勤務形態一覧表（標準様式 1）
<b>運営規程</b> ○定員の増減 ○単位数の増減 ○営業日、サービス提供時間の変更 ○利用料の改定 等 *定員を増やす場合は、事前に届け出て ください。	・ 変更後の付表第一号（六） ・ 変更前・変更後の運営規程 【必要に応じて以下も必要】 ・ 変更月の勤務体制及び勤務形態一覧表（標準様式 1） ・ 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。）

※利用定員を 19 人以上から 18 人以下に変更する場合は、通所介護は廃止届を提出、地域密着型通所介護は新規指定申請が必要となります。

#### ○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）

#### ○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）

#### ○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（六）  
－添付書類（再開月の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  
（例）休止前と管理者や生活相談員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

#### 通所介護

- 届出が毎月15日以前に県に受理された場合 → 翌月から算定
- 届出が毎月16日以降に県に受理された場合 → 翌々月から算定

#### 提出書類

- ・(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>
- ・(別紙1)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 項	添 付 書 類
地域区分	・なし
施設等の区分	・事業所規模算定表
職員の欠員による減算の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1)</li> <li>※減算開始時・・・人員欠如が発生した月の実績</li> <li>※減算解消時・・・人員欠如が解消された月の実績</li> <li>・看護職員の免許証の写し</li> <li>※勤務体制及び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。</li> <li>※看護職員の欠如が解消された場合のみ</li> </ul>
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
時間延長サービス体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運営規程の変更届</li> <li>※「延長サービスを行う時間」の規定が必要</li> </ul>
共生型サービスの提供 (生活介護事業所) (自立訓練事業所) (児童発達支援事業所) (放課後デイサービス事業所)	・なし
生活相談員等配置加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>・勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1)</li> <li>・生活相談員の資格を証する資格証等の写し</li> <li>・生活相談員配置等加算に係る届出書(別紙21)</li> </ul>
入浴介助加算(I・II)	・浴室の状況のわかる平面図および写真等

<p>中重度者ケア体制加算</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1)</li> <li>※算定を開始する月の勤務予定表</li> <li>・中重度者ケア体制加算算定表(別紙 22、22-2)</li> <li>・看護師または准看護師の免許証の写し</li> <li>※勤務体制及び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。</li> </ul>
<p>生活機能向上連携加算</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活機能向上連携加算に係る届出書(独自様式)</li> </ul>
<p>個別機能訓練加算 (Iイ・Iロ・II)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1)</li> <li>※算定を開始する月の勤務予定表</li> <li>・機能訓練指導員の資格を証する免許証または資格証の写し</li> <li>※勤務体制及び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。</li> </ul>
<p>ADL 維持等加算[申出]の有無</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・なし</li> </ul>
<p>認知症加算</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症加算算定表(別紙 23、23-2)</li> <li>・認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修または認知症介護実践者研修の修了証の写し</li> <li>・勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1)</li> <li>※算定を開始する月の勤務予定表</li> </ul>

若年性認知症利用者受入加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>・なし</li> </ul>
栄養改善加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>・勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1)</li> <li>※管理栄養士を事業所の職員として配置している場合のみ提出。</li> <li>・栄養改善加算に係る届出書(独自様式)</li> <li>・管理栄養士の免許証の写し</li> <li>※勤務体制及び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。</li> </ul>
栄養アセスメント加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>・勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1)</li> <li>※算定を開始する月の勤務予定表</li> <li>・管理栄養士の免許証または資格証の写しまたは外部の管理栄養士との連携がわかる契約書などの写し</li> <li>※勤務体制及び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。</li> </ul>
口腔機能向上加算 (I・II)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1)</li> <li>※算定を開始する月の勤務予定表</li> <li>・言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員の資格を証する免許証または資格証の写し</li> <li>※勤務体制及び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。</li> </ul>
科学的介護推進体制加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>・なし</li> <li>※LIFE への登録が必要です。</li> </ul>

<p>サービス提供体制強化加算 ( I・II・III )</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供体制強化加算に関する届出書 (別紙 14-3)</li> <li>・サービス提供体制強化加算算定表(独自様式)</li> <li>・サービス提供体制強化加算算定表(別表)(独自様式)</li> <li>・勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1)</li> <li>※前年度各月(3月を除く)の勤務実績表</li> <li>※前年度の実績が6月未満の場合(新規開設、再開の場合を含む。)</li> <li>・届出月の前3か月の勤務実績表</li> <li>※備考欄等で「介護福祉士／勤続年数7年以上／勤続年数 10 年以上」がどなたか分かるように記載してください。</li> <li>・介護福祉士の資格証の写し</li> <li>※加算の内容によっては不要なものもあります</li> </ul>
<p>介護職員等処遇改善加算</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・算定しようとする前々月の末日までに介護職員等処遇改善加算等処遇改善計画書を提出する必要があります。</li> </ul>

(注)

1. 算定要件を満たさなくなる場合は、速やかに届出を行うとともに、その事実が発生した日から加算の算定は行わないでください。
2. 重複する添付書類は、1部のみ提出してください。
3. 上記に掲げる添付書類以外にも、確認のために書類等の提出を求める場合があります。

## ■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、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		Email				
者	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	<input type="checkbox"/>					付表第一号(二)
	訪問看護	<input type="checkbox"/>					付表第一号(三)
	訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>					付表第一号(四)
	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>					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	<input type="checkbox"/>					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	<input type="checkbox"/>					付表第一号(十一)
	特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>					付表第一号(十二)
	福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>					付表第一号(十三)
	特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>					付表第一号(十四)
	施設	介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十五)
	施設	介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十六)
	施設	介護医療院	<input type="checkbox"/>				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	<input type="checkbox"/>				付表第一号(二)
		介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(三)
		介護予防訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>				付表第一号(四)
		介護予防居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>				付表第一号(五)
介護予防通所リハビリテーション		<input type="checkbox"/>				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		<input type="checkbox"/>				付表第一号(十一)	
介護予防特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十二)		
介護予防福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十三)		
介護予防福祉用具販売	<input type="checkbox"/>				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			
	法人等の種類	Email					
指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種別	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 checked="" type="checkbox"/>						
指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種別	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					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							
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（六） 通所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 府県	市区 町村			
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )			
	氏名							
	生年月日							
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	当該事業所で兼務する他の職種 (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				
○設備に関する基準の確認に必要な事項								
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡		利用定員 (同時利用)		人		
サービス提供単位1	○人員に関する基準の確認に必要な事項							
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従 兼務
	常勤 (人)							
	非常勤 (人)							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項							
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日 祝日
		その他 (年末年始休日等)						
	営業時間		:		~		:	
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:	
		土曜日	:		~		:	
	入	日曜日・祝日	:		~		:	
サービス提供時間		:		~		:		
利用定員				人				
サービス提供単位2	○人員に関する基準の確認に必要な事項							
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従 兼務
	常勤 (人)							
	非常勤 (人)							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項							
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日 祝日
		その他 (年末年始休日等)						
	営業時間		:		~		:	
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:	
		土曜日	:		~		:	
	入	日曜日・祝日	:		~		:	
サービス提供時間		:		~		:		
利用定員				人				
サービス提供単位3	○人員に関する基準の確認に必要な事項							
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従 兼務
	常勤 (人)							
	非常勤 (人)							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項							
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日 祝日
		その他 (年末年始休日等)						
	営業時間		:		~		:	
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:	
		土曜日	:		~		:	
	入	日曜日・祝日	:		~		:	
サービス提供時間		:		~		:		
利用定員				人				
添付書類		別添のとおり						

(通所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							
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
		食堂及び機能訓練室の合計面積	m <sup>2</sup>	利用定員 (同時利用)	人				
サービス提供単位1	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他 (年末年始休日等)							
	営業時間		: ~ :						
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ~ :						
		土曜日	: ~ :						
		日曜日・祝日	: ~ :						
	サービス提供時間		: ~ :						
	利用定員		人						
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
サービス提供単位2	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他 (年末年始休日等)							
	営業時間		: ~ :						
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ~ :						
		土曜日	: ~ :						
		日曜日・祝日	: ~ :						
	サービス提供時間		: ~ :						
	利用定員		人						
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
サービス提供単位3	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他 (年末年始休日等)							
	営業時間		: ~ :						
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ~ :						
		土曜日	: ~ :						
		日曜日・祝日	: ~ :						
	サービス提供時間		: ~ :						
	利用定員		人						
	添付書類		平面図						

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は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 機能訓練指導員については、生活相談員、看護職員又は介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
  - 4 当該事業を事業所所在地以外の場所 (いわゆる出張所) で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。
  - 5 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

(参考) 通所介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

○人員に関する基準の確認に必要な事項									
従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
常勤(人)									
非常勤(人)									
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
営業時間		:			~		:		
曜日ごとに異なる場合	平日	:			~		:		
	土曜日	:			~		:		
記入	日曜日・祝日	:			~		:		
サービス提供時間		:			~		:		
利用定員					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	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
常勤(人)									
非常勤(人)									
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
営業時間		:			~		:		
曜日ごとに異なる場合	平日	:			~		:		
	土曜日	:			~		:		
記入	日曜日・祝日	:			~		:		
サービス提供時間		:			~		:		
利用定員					人				

(通所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)

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号)		都道府県		市区町村			
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号			
	Email								
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡			利用定員(同時利用)		人		

○設備に関する基準の確認に必要な事項									
営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
営業時間		:			~		:		
曜日ごとに異なる場合	平日	:			~		:		
	土曜日	:			~		:		
記入	日曜日・祝日	:			~		:		
サービス提供時間		:			~		:		
利用定員					人				

○設備に関する基準の確認に必要な事項									
営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
営業時間		:			~		:		
曜日ごとに異なる場合	平日	:			~		:		
	土曜日	:			~		:		
記入	日曜日・祝日	:			~		:		
サービス提供時間		:			~		:		
利用定員					人				

(別添)

付表第一号(六) 通所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	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	誓約書	標準様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
8	重要事項説明書		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
9	従業者の資格証等の写し		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	生活相談員、看護職員、機能訓練指導員
10	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
11	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 ・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。 <a href="http://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouiryohukushi/koureisya/15811.html">http://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouiryohukushi/koureisya/15811.html</a>
3	老人福祉法に係る届出 ・居宅生活支援事業開始届 ・老人デイセンター等設置届 ・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)  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  時間/週  時間/月  
当月の日数  日  
(4) 事業所全体のサービス提供単位数  単位  
 単位目  
(5) 当該サービス提供単位のサービス提供時間  ～  (計  時間)

No	(6) 職種	(7) 勤務形態	(8) 資格	(9) 氏名	(10)																												(11) 1～4週目の勤務時間数合計	(12) 週平均勤務時間数	(13) 兼務状況 (兼務先及び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					シフト記号 勤務時間数																																	0 0	0 0				
2					シフト記号 勤務時間数																																	0 0	0 0				
3					シフト記号 勤務時間数																																	0 0	0 0				
4					シフト記号 勤務時間数																																	0 0	0 0				
5					シフト記号 勤務時間数																																	0 0	0 0				
6					シフト記号 勤務時間数																																	0 0	0 0				
7					シフト記号 勤務時間数																																	0 0	0 0				
8					シフト記号 勤務時間数																																	0 0	0 0				
9					シフト記号 勤務時間数																																	0 0	0 0				
10					シフト記号 勤務時間数																																	0 0	0 0				
11					シフト記号 勤務時間数																																	0 0	0 0				
12					シフト記号 勤務時間数																																	0 0	0 0				
13					シフト記号 勤務時間数																																	0 0	0 0				
(14) サービス提供時間内の勤務延時間数（生活相談員）																																											
(15) サービス提供時間内の勤務延時間数（介護職員）																																											
(16) 利用者数																																											
(17) サービス提供時間（平均提供時間）																																											
(18) 確保すべき介護職員の勤務時間数																																											
(参考) (19) 1日の職種別人員内訳					生活相談員																																						
					看護職員																																						
					介護職員																																						
					機能訓練指導員																																						

《要提出》

■シフト記号表（勤務時間帯）

※24時間表記 休憩時間1時間は「1:00」、休憩時間45分は「00:45」と入力してください。

No	記号	勤務時間				サービス提供時間		サービス提供時間内の勤務時間			自由記載欄
		始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間	勤務時間	開始時刻	終了時刻	開始時刻	終了時刻	勤務時間	
1	a	9:00	18:00	( 1:00 )	8	9:30	16:30	9:30	16:30	7	
2	b			( 0:00 )	0			0:00	0:00	0	
3	c			( 0:00 )	0			0:00	0:00	0	
4	d			( 0:00 )	0			0:00	0:00	0	
5	e			( 0:00 )	0			0:00	0:00	0	
6	f			( 0:00 )	0			0:00	0:00	0	
7	g			( 0:00 )	0			0:00	0:00	0	
8	h			( 0:00 )	0			0:00	0:00	0	
9	i			( 0:00 )	0			0:00	0:00	0	
10	j			( 0:00 )	0			0:00	0:00	0	
11	k			( 0:00 )	0			0:00	0:00	0	
12	l			( 0:00 )	0			0:00	0:00	0	
13	m			( 0:00 )	0			0:00	0:00	0	
14	n			( 0:00 )	0			0:00	0:00	0	
15	o			( 0:00 )	0			0:00	0:00	0	
16	p			( 0:00 )	0			0:00	0:00	0	
17	q			( 0:00 )	0			0:00	0:00	0	
18	r			( 0:00 )	0			0:00	0:00	0	
19	s			( 0:00 )	0			0:00	0:00	0	
20	t			( 0:00 )	0			0:00	0:00	0	
21	u			( )	1					1	
22	v			( )	2					2	
23	w			( )	3					3	
24	x			( )	4					4	
25	y			( )	4					3	
26	z			( )	5					5	
27	休			( )	0					0	休日
28	-			( )							
29	-			( )							
30	-			( )							

- ・職種ごとの勤務時間を「○：○○～○：○○」と表記することが困難な場合は、No21～30を活用し、勤務時間数のみを入力してください。
- ・No1～20は始業時刻・終業時刻・休憩時間等を入力すると勤務時間数が計算されますが、入力補助を目的とするものですので、結果に誤りがないかご確認ください。
- ・シフト記号が足りない場合は、適宜、行を追加してください。



- ・シフト記号は、適宜、使いやすい記号に変更していただいて構いません。
- ・通所介護における「確保すべき従業者の勤務延時間数」には、「最低限確保すべきとされている程度の休憩時間は含めて差し支えない」としており、「サービス提供時間内の勤務時間」の計算にあたってその休憩時間を差し引く必要はないのでご注意ください。（上記「U」列）

平成24年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）（平成24年3月16日）

問63 通所介護において、確保すべき従業者の勤務延時間数は、実労働時間しか算入できないのか。休憩時間はどのように取扱うのか。

（答）労働基準法第34条において最低限確保すべきとされている程度の休憩時間については、確保すべき勤務延時間数に含めて差し支えない。ただし、その場合においても、居宅基準第93条第3項を満たす必要があることから、介護職員全員が同一時間帯に一斉に休憩を取ることがないようにすること。また、介護職員が常時1名しか配置されていない事業所については、当該職員が休憩を取る時間帯に、介護職員以外で利用者に対して直接ケアを行う職員（居宅基準第93条第1項第1号の生活相談員又は同項第2号の看護職員）が配置されていれば、居宅基準第93条第3項の規定を満たすものとして取り扱って差し支えない。

このような取扱いは、通常の常勤換算方法とは異なりサービス提供時間内において必要な労働力を確保しつつピークタイムに手厚く配置することを可能とするなど、交代で休憩を取得したとしても必ずしもサービスの質の低下には繋がらないと考えられる通所介護（療養通所介護は除く）に限って認められるものである。

なお、管理者は従業者の雇用管理を一元的に行うものとされていることから、休憩時間の取得等について労働関係法規を遵守すること。

認知症対応型通所介護についても同様の考え方とする。

< 提出不要 >

## 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 記入方法 (通所介護)

- … 直接入力する必要がある箇所です。
  - … プルダウンから選択して入力する必要がある箇所です。
- 下記の記入方法に従って、入力してください。

なお、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」に「シフト記号表(勤務時間帯)」も必ず添付して提出してください。

・最初に「年月欄」「サービス種別」「事業所名」を入力してください。

- (1) 「4週」「暦月」のいずれかを選択してください。
- (2) 「予定」「実績」「予定・実績」のいずれかを選択してください。(「予定・実績」は予定と実績が同じだったことを示す場合に選択してください。)
- (3) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数を入力してください。
- (4) 事業所全体のサービス提供単位数及び、本シートに記入する単位目を入力してください。
- (5) 当該サービス提供単位のサービス提供時間を入力してください。(送迎時間は含まれません。)
- (6) 従業者の職種について、下記のうち該当する職種をプルダウンより選択してください。(直接入力も可能です。)  
記入の順序は、職種ごとにまとめてください。

No	職種名
1	管理者
2	生活相談員
3	看護職員
4	介護職員
5	機能訓練指導員

- (7) 従業者の勤務形態について、下記のうち該当する区分の記号をプルダウンより選択してください。  
記入の順序は、各職種の中で勤務形態の区分ごとにまとめてください。

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

### (注) 常勤・非常勤の区分について

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に達していることをいいます。**雇用の形態は考慮しません。**  
(例えば、常勤者は週に40時間勤務することとされた事業所であれば、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業者は常勤扱いとなります。)

- (8) 従業者の保有する資格について、該当する資格名称をプルダウンより選択してください。(直接入力も可能です。)  
保有資格を全て記入するのではなく、人員基準上、求められる資格等を入力してください。  
**※選択した資格及び研修に関して、必要に応じて、資格証又は研修修了証等の写しを添付資料として提出してください。**
  - (9) 従業者の氏名を記入してください。
  - (10) 申請する事業に係る従業者(管理者を含む。)の1ヶ月分の勤務時間を入力してください。(別シートの「シフト記号表」を作成し、シフト記号を選択してください。)  
※ 指定基準の確認に際しては、4週分の入力で差し支えありません。
  - (11) 従業者ごとに、合計勤務時間数が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。  
※ 入力することができる勤務時間数は、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します。
  - (12) 従業者ごとに、週平均の勤務時間数が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。
  - (13) 申請する事業所以外の事業所・施設との兼務がある場合は、兼務先の事業所・施設の名称及び兼務する職務の内容について記入してください。  
同一事業所内の兼務についても兼務する職務の内容を記入してください。  
その他、特記事項欄としてもご活用ください。
  - (14) 生活相談員がサービス提供時間内に勤務する時間数の合計(勤務延時間数)が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。
  - (15) 介護職員がサービス提供時間内に勤務する時間数の合計(勤務延時間数)が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。
  - (16) 利用者数は、単位ごとの利用者の実人数(予定の場合は定員数)を入力してください。
  - (17) サービス提供時間(平均提供時間)を入力してください。(平均提供時間=利用者ごとの提供時間数の合計を利用者数で除して得た数)
  - (18) 確保すべき介護職員の勤務時間数が自動計算されます。(15)(16)を入力しないと計算されません。)
- (参考)
- (19) 1日の職種別人員内訳が自動カウントされますので、誤りがないか確認してください。職種を追加したい場合は、機能訓練指導員の下に1種追加可能です。  
(追加した職種の人員内訳を自動計算させるためには、職種名称は(5)職種と一致させる必要があります。)

### 【留意事項】

- ・初期設定では、誤入力防止のため「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のシートに保護がかかっていますので、行の追加・削除等を行う場合は「シートの保護」を解除してください。  
(「校閲」⇒「シート保護の解除」をクリック。PWは設定していません。再度、シートを保護する場合は、「シートの保護」⇒「OK」をクリック。)
- ・従業者の入力行が足りない場合は、適宜、行を追加してください。その際、計算式及びプルダウンの設定に支障をきたさないよう留意してください。
- ・「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」(参考様式)には計算式を設定していますが、入力の補助を目的とするものですので、結果については作成者の責任にてご確認ください。
- ・必要項目を満たしていれば、各事業所で使用するシフト表等をもって代替書類として差し支えありません。

1. サービス種別

No	サービス種別
1	通所介護
2	—
3	—
4	—
5	—

2. 職種名・資格名称

職種名	管理者	生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員	—	—	—	—	—
資格	—	社会福祉士	看護師	介護福祉士	理学療法士	—	—	—	—	—
	—	社会福祉士専任任用資格	准看護師	—	作業療法士	—	—	—	—	—
	—	精神保健福祉士	—	—	言語聴覚士	—	—	—	—	—
	—	介護支援専門員	—	—	看護師	—	—	—	—	—
	—	介護福祉士	—	—	准看護師	—	—	—	—	—
	—	—	—	—	柔道整復師	—	—	—	—	—
	—	—	—	—	あん摩マッサージ指圧師	—	—	—	—	—
	—	—	—	—	はり師	—	—	—	—	—
	—	—	—	—	きゅう師	—	—	—	—	—
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

【自治体の皆様へ】

※ INDIRECT関数使用のため、以下のとおりセルに「名前の定義」をしています。

C12～L12・・・「職種」

C列・・・「管理者」

D列・・・「生活相談員」

E列・・・「看護職員」

F列・・・「介護職員」

G列・・・「機能訓練指導員」

※自治体の条例により定められた資格等、自治体独自の資格を追加する必要がある場合は、上表の空欄に資格名称を追加してください。

行が足りない場合は、適宜追加してください。

※職種を追加したい場合は、12行目に職種名を追加し、それぞれの列に必要な資格を入力してください。

その後、以下の手順で必要資格について「名前の定義」をします。

・「数式」タブ ⇒ 「名前の定義」を選択

・「名前」に職種名を入力

・「参照範囲」にその職種の必要資格を範囲設定する ⇒ OKボタン

編集したい場合は、「数式」タブ ⇒ 「名前の管理」で編集してください。

【記載例】

(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  
(4) 事業所全体のサービス提供単位数 1 単位  
1 単位目  
(5) 当該サービス提供単位のサービス提供時間 9:30 ~ 16:30 (計 7 時間)

No	(6) 職種	(7) 勤務形態	(8) 資格	(9) 氏名	シフト記号 勤務時間数 <small>サービス提供時間内の勤務時間数</small>	(10)																														(11) 1~4週目の勤務時間数合計	(12) 週平均勤務時間数	(13) 兼務状況 (兼務先及び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	—	厚労 太郎	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	160 140	40 35						
2	生活相談員	A	社会福祉士	○○ A太	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	160 140	40 35						
3	生活相談員	B	社会福祉士主任任用資格	○○ B子	a 8 7				a 8 7	a 8 7				a 8 7	a 8 7				a 8 7	a 8 7											64 56	16 14	介護職員					
4	看護職員	B	看護師	○○ C男	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	64 64	16 16	機能訓練指導員、介護職員					
5	看護職員	D	准看護師	○○ D美		x 4 4		x 4 4		x 4 4		x 4 4		x 4 4		x 4 4		x 4 4		x 4 4		x 4 4		x 4 4		x 4 4		x 4 4		x 4 4	48 48	12 12	機能訓練指導員					
6	介護職員	B	—	○○ B子	a 8 7	a 8 7			a 8 7		a 8 7		a 8 7		a 8 7		a 8 7		a 8 7		a 8 7		a 8 7		a 8 7		a 8 7		a 8 7	96 84	24 21	生活相談員						
7	介護職員	B	—	○○ C男					a 8 7						a 8 7																32 28	8 7	看護職員、機能訓練指導員					
8	介護職員	A	介護福祉士	○○ E次	a 8 7		a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	160 140	40 35						
9	介護職員	A	—	○○ F子	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	160 140	40 35						
10	機能訓練指導員	B	看護師	○○ C男	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	64 48	16 12	看護職員、介護職員					
11	機能訓練指導員	D	看護師	○○ D美		y 4 3		y 4 3		y 4 3		y 4 3		y 4 3		y 4 3		y 4 3		y 4 3		y 4 3		y 4 3		y 4 3		y 4 3		y 4 3	48 36	12 9	看護職員					
12																															0 0	0 0						
13																															0 0	0 0						
(14) サービス提供時間内の勤務延時間数 (生活相談員)						7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	196	49				
(15) サービス提供時間内の勤務延時間数 (介護職員)						14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	392	98		
(16) 利用者数						20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20					
(17) サービス提供時間 (平均提供時間)						7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7					
(18) 確保すべき介護職員の勤務時間数						14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14				
(参考) (19) 1日の職種別人員内訳						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1						
						2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2					
						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					

(参考様式1)

## 経 歴 書

事業所または施設の名称			
カナ		生年月日	年 月 日
氏名			
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)			

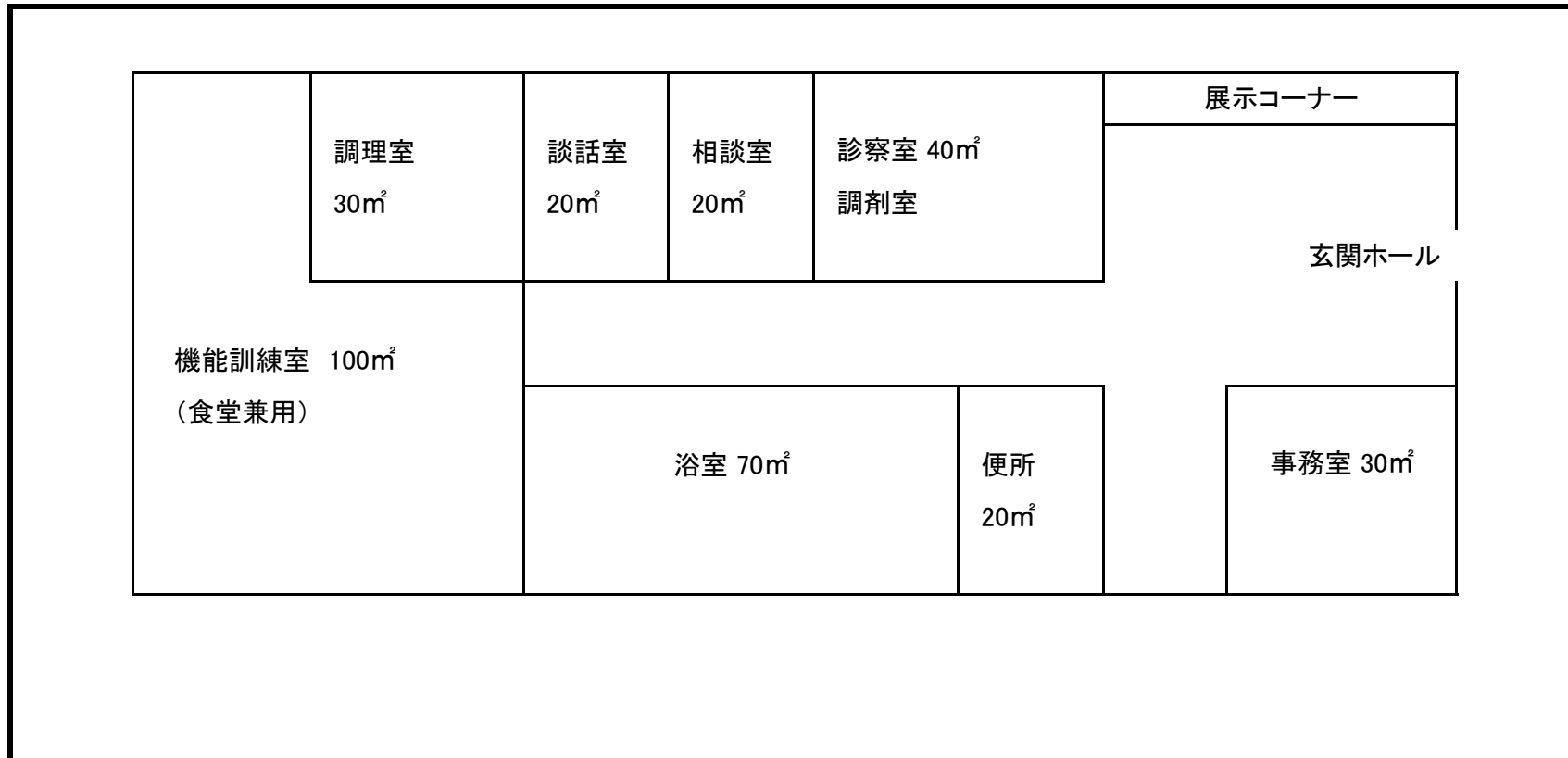
備考

- 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 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

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。

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

#### 3 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、第百十五条の二第二項第五号の三、第百十五条の二十二第二項第四号の三及び第百三十三条第二項において「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、第百十五条の二第二項第五号の三、第百十五条の二十二第二項第四号の三及び第百三十三条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百十五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級以上の支配力を有するもの)と認められる者を含む。第五節及び第百三十三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事業所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業に関する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百十五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理由となつた事実及び当該事業所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業に関する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)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百十五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事業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業に関する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百十五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)		
併設施設の状態等		
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	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	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。

(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"/> 6 2級地	<input type="checkbox"/> 7 3級地	<input type="checkbox"/> 2 4級地															
<input type="checkbox"/> 15	通所介護	<input type="checkbox"/> 4 通常規模型事業所 <input type="checkbox"/> 6 大規模型事業所(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 7 大規模型事業所(Ⅱ)		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										
				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					<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり											
				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																	
				感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり																	
				時間延長サービス体制	<input type="checkbox"/> 1 対応不可	<input type="checkbox"/> 2 対応可																	
				共生型サービスの提供(生活介護事業所)	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり																	
				共生型サービスの提供(自立訓練事業所)	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり																	
				共生型サービスの提供(児童発達支援事業所)	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり																	
				共生型サービスの提供(放課後等デイサービス事業所)	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり																	
				生活相談員配置等加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり																	
				入浴介助加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ																
				中重度者ケア体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり																	
				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 加算Ⅰイ	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰロ																
				ADL維持等加算〔申出〕の有無	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり																	
				認知症加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり																	
				若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり																	
				栄養アセスメント・栄養改善体制	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり																	
				口腔機能向上加算	<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																	
				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"/> 5 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"/> 7 加算Ⅰ	<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)

### 事業所規模算定表【通所介護】

○ 前年度の一月当たりの平均利用延人員数により算定すべき通所介護費を区分する

(注3)

事業所名  利用定員  名 営業日数  日/週

区分 月	通所介護							総合事業の第一号通所事業 (注2) (一体的に実施している場合)				利用延 人員数 ①~⑪ の合計
	2時間以上3時間未満の報酬を算定している利用者数 (人数×1/2) ①	3時間以上4時間未満の報酬を算定している利用者数 (人数×1/2) ②	4時間以上5時間未満の報酬を算定している利用者数 (人数×1/2) ③	5時間以上6時間未満の報酬を算定している利用者数 (人数×3/4) ④	6時間以上7時間未満の報酬を算定している利用者数 (人数×3/4) ⑤	7時間以上8時間未満の報酬を算定している利用者数 (人数×1) ⑥	8時間以上9時間未満の報酬を算定している利用者数 (人数×1) ⑦	5時間未満の利用者数 (人数×1/2) ⑧	5時間以上6時間未満の利用者数 (人数×3/4) ⑨	6時間以上7時間未満の利用者数 (人数×3/4) ⑩	7時間以上の利用者数 (人数×1) ⑪	
4月												0
5月												0
6月												0
7月												0
8月												0
9月												0
10月												0
11月												0
12月												0
1月												0
2月												0
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">                     &lt;一月当たりの平均利用者数&gt;                       750人以下・・・通常規模型                      750人超え900人以下・・・大規模型(I)                      900人超え・・・大規模型(II)                 </div>											一月当たりの 平均延利用者数	
											実績月数	0



(注)

- 1 表には、延べ利用者数を記入すること。
- 2 第一号通所事業(介護予防通所介護に相当するサービスに限る。)を一体的に実施している場合は、第一号通所事業の利用者数も合わせて計上すること。(緩和した基準によるサービス(通所型サービスA)の利用者数は含まない。)  
第一号通所事業の利用者の計算については、5時間未満のサービス提供を行っている場合は1/2、5時間以上6時間未満および6時間以上7時間未満のサービス提供を行っている場合は3/4を乗じて換算する。  
ただし、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えていく方法によって計算しても差し支えない。
- 3 ①正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月における平均利用延人員数については、当該月の利用延人員数に6/7を乗じた数による(小数点第三位を四捨五入)。  
②①で算出した各月(歴月)ごとの利用延人員数を合算し、通所介護費を算定している月数(3月を除く)で割る。
- 4 前年度の実績が6月に満たない事業者(新たに事業を開始し、又は再開した事業者を含む)又は前年度から定員を概ね25%以上変更して事業を実施しようとする事業者においては、上記の表による算定ではなく、次の算定式によること。  
なお、定員変更については、前年度の実績(前年度の4月から2月まで)が6月以上ある事業所が、年度が変わる際に定員を25%以上変更する場合のみこの算定式を適用する。  
※平均利用延人員数 = 知事に届け出た事業所の利用定員 × 90% × 1月当たりの営業日数
- 5 毎年度3月31日時点において、事業を実施している事業者であって、4月以降も引き続き事業を実施するものの当該年度の通所介護費の算定に当たっては、前年度の平均利用延人員数は、前年度において通所介護費を算定している月(3月を除く)の1月当たりの平均利用延人員数とする。
- 6 複数単位の通所介護を提供している場合、全ての単位を合算して計算すること。
- 7 いわゆる暫定ケアプラン(新規要介護認定申請中・区分変更申請中・認定更新申請中のサービス提供実績)によりサービス提供を受けている者は、平均利用延人員数の計算に当たって含めない。

## 中重度者ケア体制加算に係る届出書

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
事業所等の区分	<input type="checkbox"/> 1 通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 3 通所リハビリテーション事業所

中重度者ケア体制加算に係る届出内容		有 ・ 無
通所介護	① 指定居宅サービス等基準第93条第1項第2号又は第3号に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	② 指定通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上である。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	③ 指定通所介護を行う時間帯を通じて専ら当該指定通所介護の提供に当たる看護職員を1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	④ 共生型通所介護費を算定していない。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
地域密着型通所介護	① 指定地域密着型サービス基準第20条第1項第2号又は第3号に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	② 指定地域密着型通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4及び要介護5である者の占める割合が100分の30以上である。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	③ 指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて専ら当該指定地域密着型通所介護の提供に当たる看護職員を1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	④ 共生型地域密着型通所介護費を算定していない。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
通所リハビリテーション	① 指定居宅サービス等基準第111条第1項第2号イ又は同条第2項第1号に規定する要件を満たす員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	② 指定通所リハビリテーション事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上である。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	③ 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>

備考 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。

**利用者の割合に関する計算書(中重度者ケア体制加算)**
 事業所名 \_\_\_\_\_  
 事業所番号 \_\_\_\_\_

## 1. 要介護3、要介護4または要介護5である者の割合の算出基準

- 
- 利用実人員数
- 
- 利用延人員数

## 2. 算定期間

- 
- ア. 前年度(3月を除く)の実績の平均
- 
- 
- イ. 届出日の属する月の前3月

## ア. 前年度(3月を除く)の実績の平均

	利用者の総数 (要支援者は 含めない)	要介護3、要介護4 または要介護5の 利用者数	
4 月	人	人	
5 月	人	人	
6 月	人	人	
7 月	人	人	
8 月	人	人	
9 月	人	人	
10 月	人	人	
11 月	人	人	
12 月	人	人	実績月数
1 月	人	人	
2 月	人	人	
合計	人	人	割合
1月あたりの 平均	人	人	

## イ. 届出日の属する月の前3月

	利用者の総数 (要支援者は 含めない)	要介護3、要介護4 または要介護5の 利用者数	
月	人	人	
月	人	人	
月	人	人	
合計	人	人	割合
1月あたりの 平均	人	人	

## 備考

- ・本資料は中重度者ケア体制加算に係る届出書を補完する資料としてご使用ください。
- ・「1. 要介護3、要介護4または要介護5である者の割合の算出基準」で、「利用実人員数」または「利用延人員数」のいずれかを選択してください。
- ・「2. 算定期間」でアまたはイの算定期間を選択してください。  
前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所)については、前年度の実績(ア)による届出はできません。
- ・具体的な計算方法については、「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(平成27年4月1日)」問31をご参照ください。

### 認知症加算に係る届出書

(通所介護、地域密着型通所介護)

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
事業所等の区分	<input type="checkbox"/> 1 通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型通所介護事業所

認知症加算に係る届出内容		有・無						
通所介護	① 指定居宅サービス等基準第93条第1項第2号又は第3号に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>						
	② 指定通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）の占める割合が100分の15以上である。 <table border="1" data-bbox="459 949 1182 1075"><tr><td>① 利用者総数</td><td>人</td></tr><tr><td>② 対象者</td><td>人</td></tr><tr><td>③ ②÷①×100</td><td>%</td></tr></table>	① 利用者総数	人	② 対象者	人	③ ②÷①×100	%	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	① 利用者総数	人						
	② 対象者	人						
③ ②÷①×100	%							
③ 指定通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる認知症介護の指導に係る専門的な研修、認知症介護に係る専門的な研修又は認知症介護に係る実践的な研修等を修了した者を1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>							
④ 当該事業所の従業者に対する、認知症ケアに関する事例の検討や技術的指導に係る会議を定期的開催している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>							
地域密着型通所介護	① 指定地域密着型サービス基準第20条第1項第2号又は第3号に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>						
	② 指定地域密着型通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）の占める割合が100分の15以上である。 <table border="1" data-bbox="459 1671 1182 1796"><tr><td>① 利用者総数</td><td>人</td></tr><tr><td>② 対象者</td><td>人</td></tr><tr><td>③ ②÷①×100</td><td>%</td></tr></table>	① 利用者総数	人	② 対象者	人	③ ②÷①×100	%	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	① 利用者総数	人						
	② 対象者	人						
③ ②÷①×100	%							
③ 指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定地域密着型通所介護の提供に当たる認知症介護の指導に係る専門的な研修、認知症介護に係る専門的な研修又は認知症介護に係る実践的な研修等を修了した者を1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>							
④ 当該事業所の従業者に対する、認知症ケアに関する事例の検討や技術的指導に係る会議を定期的開催している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>							

備考 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。

**利用者の割合に関する計算書(認知症加算)**
 事業所名 \_\_\_\_\_  
 事業所番号 \_\_\_\_\_

## 1. 日常生活自立度のランクがⅢ以上の者の割合の算出基準

- 
- 利用実人員数
- 
- 利用延人員数

## 2. 算定期間

- 
- ア. 前年度(3月を除く)の実績の平均
- 
- 
- イ. 届出日の属する月の前3月

## ア. 前年度(3月を除く)の実績の平均

	利用者の総数 (要支援者は 含めない)	日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ 又はMに該当する 利用者数
4 月	人	人
5 月	人	人
6 月	人	人
7 月	人	人
8 月	人	人
9 月	人	人
10 月	人	人
11 月	人	人
12 月	人	人
1 月	人	人
2 月	人	人
合計	人	人
1月あたりの 平均	人	人

実績月数

割合

## イ. 届出日の属する月の前3月

	利用者の総数 (要支援者は 含めない)	日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ 又はMに該当する 利用者数
月	人	人
月	人	人
月	人	人
合計	人	人
1月あたりの 平均	人	人

割合

## 備考

- ・本資料は認知症加算((地域密着型)通所介護)に係る届出書を補完する資料としてご使用ください。
- ・「1. 日常生活自立度のランクがⅢ以上の者の割合の算出基準」で、「利用実人員数」または「利用延人員数」のいずれかを選択してください。
- ・「2. 算定期間」でアまたはイの算定期間を選択してください。  
前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所)については、前年度の実績(ア)による届出はできません。
- ・具体的な計算方法については、「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(平成27年4月1日)」問31をご参照ください。

(暫定様式)

栄養改善加算に係る届出書【通所介護・通所リハビリ】

事業所名	
異動等区分	1 新規          2 変更          3 終了

栄養改善加算に関する届出内容

栄養改善加算の算定にかかる管理栄養士は、

- 事業所の職員として配置している。
- 必要に応じて利用者の居宅を訪問し、栄養改善サービスを行うとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録している。
- 外部（他の介護事業所、医療機関、栄養ケア・ステーション）との連携により配置している。

連携する外部の事業所等の状況

連携する外部の管理栄養士は、次のいずれかの事業所等の管理栄養士である。

- 他の介護事業所
- 医療機関
- 栄養ケア・ステーション

上記事業所等の名称	事業所番号（介護事業所のみ）

(暫定様式)

生活機能向上連携加算に係る届出書

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
区分	1 なし
	2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 連携する外部のリハビリテーション専門職からの助言を受けながら評価・計画書の作成を行っている。  <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション事業所等のサービス提供の場またはICTを活用した動画等により利用者の状態を把握したうえで助言を受けている。  <input type="checkbox"/> 3月に1回以上、連携する外部のリハビリテーション専門職と共同で評価し、利用者等への説明（テレビ電話装置等の活用も可）を行っている。
	3 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 連携する外部のリハビリテーション専門職が当該事業所・施設を訪問し、助言を受けながら評価・計画書の作成を行っている。  <input type="checkbox"/> 3月に1回以上、連携する外部のリハビリテーション専門職が事業所・施設に訪問したうえで共同で評価し、利用者等への説明を行っている。
施設種別	<input type="checkbox"/> 1 通所介護 <input type="checkbox"/> 2 (介護予防) 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 3 (介護予防) 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 4 介護老人福祉施設

連携する外部の通所リハビリテーション事業所等の状況

連携する外部のリハビリテーション専門職は、次のいずれかの事業所等の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士または医師である。

- 指定訪問リハビリテーション事業所
- 指定通所リハビリテーション事業所 (指定居宅サービス等基準第111条第1項に規定するものに限る。)
- 介護老人保健施設 (診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っているものに限る。)
- 介護医療院 (診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っているものに限る。)
- 診療所 (診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っているものに限る。)
- 病院 (許可病床数が200床未満のもの、または当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないものに限る。また、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っているものに限る。)

上記事業所等の名称	事業所番号(病院・診療所除く)

## サービス提供体制強化加算算定表【通所介護】

■該当する加算、算定要件の区分にチェックをしてください。

	算定要件	記入する項目
加算Ⅰ (右のいずれか)	介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が70%以上である	A、B
	介護職員の総数に占める勤続年数10年以上の介護福祉士の割合が25%以上である	A、C、別表
加算Ⅱ	介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が50%以上である	A、B
加算Ⅲ (右のいずれか)	介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が40%以上である	A、B
	利用者に直接サービス提供を行う職員の総数に占める勤続年数7年以上の者の総数が30%以上である	D、E、別表

### ① 前年度事業実績が6ヶ月以上ある事業所用

	介護職員のみ対象			利用者に直接サービス提供を行う職員 ※7参照				
	常勤換算数 (A)	介護福祉士 常勤換算数 (B)	勤続年数10年以 上の介護福祉士 常勤換算数 (C)	常勤換算数 (D)	勤続年数7年以上の 職員 常勤換算数 (E)	B/A (%)	C/A (%)	E/D (%)
4月								
5月								
6月								
7月								
8月								
9月								
10月								
11月								
12月								
1月								
2月								
合計(F)						0	0	0
平均(F/実績月数)								

### ② 前年度事業実績が6ヶ月に満たない事業所・新規事業所用

	介護職員のみ対象			利用者に直接サービス提供を行う職員 ※7参照				
	常勤換算数 (A)	介護福祉士 常勤換算数 (B)	勤続年数10年以 上の介護福祉士 常勤換算数 (C)	常勤換算数 (D)	勤続年数7年以上の 職員 常勤換算数 (E)	B/A (%)	C/A (%)	E/D (%)
月								
月								
月								
合計(F)						0	0	0
平均(F/3)						0	0	0

- 注1 職員の割合の算出にあたっては、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く。)の平均を用いる。
- 2 介護職員が生活相談員等の他の職種と兼務している場合は、介護職員として配置された勤務時間数のみ計算に含めること。
- 3 前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、または再開した事業所を含む。)については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いる。  
この場合は、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちにその旨の届出を提出しなければならない。
- 4 介護職員に係る常勤換算にあたっては、利用者・入所者への介護業務(計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求業務等介護に関与しない業務を除く。)に従事している時間を用いても差し支えない。
- 5 介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とする。
- 6 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。
- 7 利用者に直接サービス提供を行う職員とは、生活相談員、看護職員、介護職員または機能訓練指導員とする。  
管理者として勤務した時間数は計算に含めることができないことに注意すること。



サービス提供体制強化加算算定表〔別表〕

氏名	職種	雇用期間の始期	前月末日時点での勤続年数	備考

上記のとおり、相違ない旨、証明する。

令和 年 月 日

法人名： \_\_\_\_\_

代表者職・氏名： \_\_\_\_\_ 印

<記載例>

\* 同一法人等が経営する介護サービス事業所から異動があった場合の記載例

(例1)

A	生活相談員	H26. 4. 1	7年	〇〇事業所、通所介護、介護職員 H26.4.1～R3.3.31
---	-------	-----------	----	---------------------------------

(例2)

A	介護職員	H29. 4. 1	2年	〇〇事業所、通所介護 H29.4.1～H31.3.31
A	生活相談員	H31. 4. 1	2年	当事業所
		合計	4年	

(注)

- 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。
- サービスを直接提供する職員とは、生活相談員、看護職員、介護職員または機能訓練指導員とする。管理者として勤務する時間数は計算に含めることができないので注意すること。