

# 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の 指定更新申請に係る添付書類一覧

(この書類も提出してください。)

申請する事業所の名称			
	申請書及び添付書類	申請者 確認欄	備 考
申請書	指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所指定更新申請書		
	事業所の指定に係る記載事項(単独型・併設型)【付表2-1】		
	事業所の指定に係る記載事項(共用型)【付表2-2】		
	事業所の指定に係る記載事項(主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合)【付表2-3】		
1	申請者の登記事項証明書又は条例等		
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)		
	就業規則の写し、組織体制図、資格証の写し、雇用契約書の写し又は誓約文		
3	管理者経歴書(参考様式2)、研修修了証の写し		
4	サービス提供実施単位一覧表		
	日課表等(サービス提供単位ごとのサービス内容がわかるもの)		
5	事業所の平面図・建築図面		
	外観及び内部の様子がわかる写真		
6	併設する施設の概要(併設事業所がある場合)		
7	施設を共用する場合の利用計画(共有する場合)		
8	運営規程(料金表含む)		
9	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要(参考様式9)		
10	介護保険法第78条の2第4項各号及び第115条の12第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書(参考様式12-1)		
11	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書		
	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表		

備考 「申請者確認欄」の該当欄に「○」を付し添付書類等に漏れないよう確認してください。

担当者連絡先	
※申請書類の内容等について問い合わせをする際の担当者名と連絡先を記入してください。	
事業所名	
担当者名	
連絡先	(電話) (FAX)
	(メールアドレス)

付表2-1

認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る  
記載事項（単独型・併設型）

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 - )										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
事業の実施形態		<input type="checkbox"/> 単独型					<input type="checkbox"/> 併設型					
併設事業所の種別、名称		種別					事業所番号					
		名称					開設年月日					
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 - )					
	氏名											
	生年月日	年	月	日								
	当該認知症対応型通所介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)											
	兼務する同一敷地内の 他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記入)			事業所等名称			事業所番号					
			兼務する職種 及び勤務時間等									
食堂及び機能訓練室の合計面積					基準上の必要数値			適合の可否				
					m <sup>2</sup>			m <sup>2</sup> 以上				
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)												
基準上の必要人数												
適合の可否												
主な 揭示 事項	実施単位数	単位										
	単位ごとの営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		
	①											
	②											
	③											
	単位ごとの営業時間 (送迎時間を除く)	①	～				②	～		③	～	
		備考										
	利用定員	人 (単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人)										
	利用料	法定代理受領分	介護報酬告示額の1割、2割又は3割(負担割合証の割合に準ずる)									
		法定代理受領分以外	介護報酬告示額									
その他の費用												
通常の事業実施地域												
備考												
添付書類	別添のとおり											

備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は記入しないでください。

2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。

4 従業員の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。

5 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表2-2

認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（共用型）

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 - )										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
本体事業所の種別、名称		種別					事業所番号					
		名称					開設年月日					
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 - )					
	氏名											
	生年月日	年	月	日								
	当該認知症対応型通所介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)											
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合のみ記入)			事業所等名称			事業所番号					
			兼務する職種及び勤務時間等									
食堂及び機能訓練室の合計面積						基準上の必要数値			適合の可否			
						㎡			㎡以上			
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)												
基準上の必要人数												
適合の可否												
主な揭示事項	実施単位数	単位										
	単位ごとの営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		
	①											
	②											
	③											
	単位ごとの営業時間(送迎時間を除く)	①	～				②	～			③	～
	利用定員	人 (単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人)										
	利用料	法定代理受領分			介護報酬告示額の1割、2割又は3割(負担割合証の割合に準ずる)							
		法定代理受領分以外			介護報酬告示額							
	その他の費用											
通常の事業実施地域												
備考												
添付書類	別添のとおり											

備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は記入しないでください。

2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。

4 従業員の員数については、本体事業所と当該事業所を併せた員数を記載してください。

5 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表2-3

認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（主たる事業所の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 - )															
	連絡先	電話番号							FAX番号								
食堂及び機能訓練室の合計面積					基準上の必要数値					適合の可否							
					m <sup>2</sup>					m <sup>2</sup> 以上							
主な 掲 示 事 項	実施単位数	単位															
	単位ごとの営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日							
	①																
	②																
	③																
	単位ごとの営業時間 (送迎時間を除く)	①	～						②	～			③	～			
		備考															
	利用定員	人（単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人）															
利用料	法定代理受領分	介護報酬告示額の1割、2割又は3割（負担割合証の割合に準ずる）															
	法定代理受領分以外	介護報酬告示額															
その他の費用																	
通常の事業実施地域																	
備考																	
添付書類	別添のとおり																

備考

1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

2 一のローテーションにおいて、事業所を複数有するときは、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

(参考様式1)

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

( 年 月分)

事業所名 ( サービス種類 (通所) )

営業時間	サービス提供時間
------	----------

職 種	勤務形態	氏 名 *	第 1 週							第 2 週							第 3 週							第 4 週							4週の 合計	単 位	備 考		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28					
管理者																																			

備考1 \* 欄には、当該月の曜日を記入してください。

2 勤務形態の欄には、下記区分のとおり記載してください。

勤務形態の区分 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

3 従業員全員(管理者を含む。)について勤務時間ごとに番号を付し、4週分の勤務すべき時間数を記入してください。

※ 勤務時間 ① ~ (時間) ② ~ (時間) ③ ~ (時間) ④ ~ (時間)  
⑤ ~ (時間)

4 従業員に兼務がある場合は、兼務内容を備考欄に記入してください。

5 複数単位の場合は、「単位区分」欄に単位番号を記入し、単位ごとに勤務表を作成してください。

【注意事項】 勤務延時間数に算入できる時間数について

- 従業員1人につき、勤務延時間数に算入できる時間数は、当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数を上限とする。  
(例えば、常勤が勤務すべき時間数が4週で160時間の事業所において、法人役員等であって4週で172時間勤務する従業員であっても、160時間を上限とすること)

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員が勤務すべき時間数に達していることをいう。雇用の形態は考慮しない。  
(例えば、常勤者は4週で160時間勤務することとされた事業所であれば、パート雇用であっても、4週160時間勤務する従業員は常勤となる)

当該事業所で兼務がある場合の書き方について

- 看護職員と機能訓練指導員を兼務するような場合にあつては、当該従業員が1日に勤務すべき時間数を、看護関連業務を行う時間と機能訓練関連業務を行う時間とに按分し、それぞれ勤務時間ごとに番号を付して記入すること。

## 常勤職員の勤務時間に関する調べ

( \* 就業規則がある場合は、就業規則を提出してください )

### 1日あたりの労働時間－①

勤務日－①	月	～	金	曜日
-------	---	---	---	----

始業時間－①		時		分
--------	--	---	--	---

終業時間－①		時		分
--------	--	---	--	---

休憩時間		時間
------	--	----

計		時間(A)
		日勤務(B)

### 1日あたりの労働時間－②

勤務日				曜日
-----	--	--	--	----

始業時間		時		分
------	--	---	--	---

終業時間		時		分
------	--	---	--	---

休憩時間		時間
------	--	----

計		時間(C)
		日勤務(D)

### 休日

土曜日	
日曜日	
(        )曜日	
祝日	
会社の指定する日	

### 週あたりの労働時間

$((A) \times (B)) + ((C) \times (D)) =$   時間

<備考> 1 業務の都合により、始業・終業時間を繰り上げまたは繰り下げする場合がある。  
 2 業務の都合により、所定時間を越えて労働を命じることがある。  
 3 業務の都合により、休日に労働を命じることがある。  
 上記1から3の労働を命ずる場合は、本人と事前に協議する。

## サービス提供実施単位一覧表

曜日 時間	月	火	水	木	金	土	備 考
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							

- 備考 1 曜日ごとにサービス提供単位の状況を記載してください。また、サービス提供単位ごとの利用定員を記載してください。なおサービス提供単位の時間には、送迎の時間は含みません。
- 2 サービス提供単位ごとのサービス内容が分かるもの(日課表等)を添付してください。

事業所の平面図等

事業所又は施設の名称

※面積は内法により測定し、記載してください。  
※建築図面の提出も併せてお願いします。

(日本工業規格A列4番)



(参考様式9)

## 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	
申請するサービス種類	

措 置 の 概 要	
1	利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置 ① 連絡先    TEL    FAX ② 担当者名 ③ 受付時間 ④ 担当者が不在の場合の対応
2	円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順
3	その他参考事項

備考 上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。  
(日本工業規格A列4番)