

小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅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【付表3-1】		
	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3-2】		
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、資格者証の写し、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	計画作成担当者経歴書【参考様式3】、研修修了証の写し		
5	当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧【参考様式5】		
6	事業所の平面図等・建築図面		
	外観及び内部の様子がわかる写真		
7	設備・備品等一覧表【参考様式7】		
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	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容		
11	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12-2】		
12	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が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3-1 小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記載事項

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					
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											
	氏名					住所	(郵便番号 -)					
	生年月日	年	月	日								
	当該小規模多機能型居宅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									
通いサービスの利用者数(推定数を記入)												
人												
従業者の職種・員数		介護従業者			うち看護職員			介護支援専門員				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
常勤(人)												
非常勤(人)												
常勤換算後の人数												
基準上の必要人数												
適合の可否												
建物構造概要	耐火構造物、準耐火構造物の別											
	居間及び食堂の合計面積		㎡			基準上の必要面積			㎡以上			適合の可否
	個室以外の宿泊室の合計面積		㎡		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数			人		基準上の必要面積		㎡以上
主な揭示事項	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日	
	営業時間											
	登録定員											
	通いサービスの利用定員											
	宿泊サービスの利用定員											
	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						
	食事の提供に要する費用											
	宿泊に要する費用											
	通常の事業の実施地域											
協力医療機関	名称					主な診療科名						
	名称					主な診療科名						
運営推進会議の有無		有 ・ 無										
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 「併設施設等」欄には、事業所のサービス名を記載してください。
 4 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
 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 3 - 2 小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅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		
建物構造概要	耐火構造物、準耐火構造物の別							
	居間及び食堂の合計面積	m ²		基準上の必要面積	m ² 以上		適合の可否	
	個室以外の宿泊室の合計面積	m ²		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	人	基準上の必要面積	m ² 以上	適合の可否
主な揭示事項	登録定員							
	通いサービスの利用定員							
	宿泊サービスの利用定員							
	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					
	食事の提供に要する費用							
	宿泊に要する費用							
通常の事業の実施地域								

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。

(参考様式1)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

(年 月分) サービス種類 ((介護予防)小規模多機能型居宅介護事業
事業所名(

職 種	勤務 形態	資 格	氏 名	日勤・夜勤 ・宿直の 区分	第 1 週							第 2 週							第 3 週							第 4 週							4週の 合 計				
					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		—		—																																	0
介護支援専門員		介護支援専門員		—																																0	
介護従業者		—		日勤																															0		
		—		夜勤・宿直																															—		
		—		日勤																															0		
		—		夜勤・宿直																															—		
		—		日勤																															0		
		—		夜勤・宿直																															—		
		—		日勤																															0		
		—		夜勤・宿直																															—		
		—		日勤																															0		
		—		夜勤・宿直																															—		
		—		日勤																															0		
		—		夜勤・宿直																															—		
		通いサービスに当たる介護従業者の日勤時間の計																																	0		
		訪問サービスに当たる介護従業者の日勤時間の計																																	0		

常勤職員が勤務すべき1週あたりの勤務時間 [就業規則等で定められた1週あたりの勤務時間] 時間/週 (d)

↑ a

介護従業者の夜勤における勤務開始時間及び終了時間: 当日 時 分 から 明朝 時 分まで

利用者の生活時間: 朝の 時 分から夕の 時 分まで

* a(合計月間勤務時間)・・・介護従業者の日勤帯における合計月間勤務時間を記入。

注: 管理者や介護支援専門員が介護従業者と兼務している場合は、それぞれの職種で勤務時間を割り振り、管理者や介護支援専門員としての勤務時間は除くこと。

* b(合計週間勤務時間)・・・a÷4 [小数点以下第2位を切り捨て]

* c(常勤換算)・・・b÷d [小数点以下第2位を切り捨て]

【備考】

- 1 申請する事業に係る従業者全員(管理者を含む)について、4週間分の勤務すべき時間数を記入してください。
- 2 介護従業者は右記の勤務形態の区分の順にまとめて記載してください。 **勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務**
- 3 算出にあたっては、**小数点以下第2位を切り捨て**てください。
- 4 介護従業者の欄が足りないときは、欄を増やして(別の職種の余分な行を削除してその分の行を増やす、2ページにする等)記入してください。
- 5 介護従業者は下記例を参考に、**各事業所の日勤帯における勤務時間と夜勤帯における勤務時間とを区分して**記入してください。

例:日勤帯における勤務時間は8時間、夜勤者の勤務時間帯は17時～10時、利用者の生活時間を6時～21時とした場合

				生活時間				夜間及び深夜の時間帯				生活時							
				17～21時(4時間)				21～6時(休憩1H、実働8時間)				6～10時(4時間)							
介護従業者	A	昭島花子	日勤	8	8	8	4	4	8	8	8	4	4	8	8	8	4	4	128
	//	//	夜勤				3	5				3	5				3	5	—

- 6 宿直は「宿」と記入し、勤務時間の合計には含めないでください。
- 7 * 欄には、当該月の曜日を記入してください。

)

)

週平均 の勤務 時間	常勤換 算後の 人数
0	—
0	—
0	* $c \cdots b \div d$ (小数点以下第2位を切り捨て)
—	
0	
—	
0	
—	
0	
—	
0	
—	
0	
—	
0	
—	
0	
—	
0	c
0	c

↑ b

間
時間)

32	
—	

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) × (B)) + ((C) × (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。

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7)

設備・備品等一覧表

サービスの種類()

事業所名・施設名()

部屋・設備の種類	設備基準上適合すべき項目についての状況	適合の可否
サービス提供上配慮すべき設備の概要 非常災害設備等		
備品の目録	備品の品名及び数量	

備考1 申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。

2 必要に応じて写真等を添付し、その旨を併せて記載してください。

3 「適合の可否」の欄には、何も記載しないでください。

(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)