

地域密着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		
	地域密着型サービス事業所の指定更新に係る記載事項(付表9)		
	地域密着型サービス事業所の指定更新に係る記載事項(付表9別紙)＜2単位以上実施する場合＞		
1	申請者の登記事項証明書等		
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	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)		
4	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		
5	運営規程(料金表含む)		
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(参考様式9)		
7	介護保険法第78条の2第4項各号の規定に該当しない旨の誓約書(参考様式12-2)		
8	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 1 「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	
提出いただいた申請書類に記載された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9

地域密着型通所介護事業所の指定更新に係る記載事項

事業所	フリガナ																					
	名称																					
	所在地	(郵便番号 -) 東京都 市区																				
	連絡先	電話番号											FAX番号									
管理者	フリガナ																					
	氏名																					
	生年月日	年	月	日													住所	(郵便番号 -)				
	当該通所介護事務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																	
					兼務する職種及び勤務時間等																	
実施単位数	単位	事業所で同時に通所介護を行う利用者の上限										人										
通所介護事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積				m ²												病院・診療所・訪問看護ステーションと連携している場合の連携先						
当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積																						
単位別従業者			生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無											
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	有・無											
	常勤(人)																					
非常勤(人)										有・無												
主な揭示事項	定員	人																				
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日												
	営業時間	平日	～					土曜	～			日曜・祝日	～									
		サービス提供時間																				
	備考																					
	利用料	法定代理受領分				介護報酬告示上の額の1割又は2割(負担割合証の割合に準ずる)																
		法定代理受領分以外				介護報酬告示上の額																
	その他の費用																					
通常の事業実施地域																						
運営推進会議の有無		有・無																				
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。
 - 3 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、「付表9(別紙)」に記載し、添付してください。
 - 4 従業員の員数については、総数を記載してください。
 - 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。

事業所	フリガナ																		
	名称																		
単位	当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積											人		m ²					
	単位別従業者			生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無							
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務								
		常勤(人)																	
	非常勤(人)																		有・無
	主な揭示事項	定員	人																
		営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日								
		営業時間	平日		～				土曜		～		日曜・祝日		～				
	2			サービス提供時間															
				備考															
単位	当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積											人		m ²					
	単位別従業者			生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無							
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務								
		常勤(人)																	
	非常勤(人)																		有・無
	主な揭示事項	定員	人																
		営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日								
		営業時間	平日		～				土曜		～		日曜・祝日		～				
	3			サービス提供時間															
				備考															
単位	当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積											人		m ²					
	単位別従業者			生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無							
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務								
		常勤(人)																	
	非常勤(人)																		有・無
	主な揭示事項	定員	人																
		営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日								
		営業時間	平日		～				土曜		～		日曜・祝日		～				
	4			サービス提供時間															
				備考															

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。

(参考様式8)

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)

