

## 夜間対応型訪問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1-1】		
	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1-2】		
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、資格証の写し、雇用契約書の写し又は誓約文		
3	オペレーター経歴書(看護師等のオペレーターの資格をお持ちでない場合)【参考様式4】		
4	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		
5	設備・備品等一覧表【参考様式7】		
6	オペレーションセンターサービスの概要(センターを設置しない場合のみ)		
7	随時訪問サービス、随時対応サービス、定期巡回サービスの委託先【参考様式6-1】 (※他の訪問介護事業所に委託する場合のみ)		
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項各号の規定に該当しない旨の誓約書【参考様式12-2】		
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。

<b>担 当 者 連 絡 先</b>	
※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 1 - 1 夜間対応型訪問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				
管理者	フリガナ					住所		(郵便番号 - )			
	氏名										
	生年月日	年	月	日							
	当該夜間対応型訪問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								
オペレーションセンターの有無		有 ・ 無									
オペレーションセンターのか所数		か所									
予定利用者数		人(うち他の市町村の予定利用者数 人)									
従業者の職種・員数		訪問介護員等				オペレーター		面接相談員			
		定期巡回サービス		随時訪問サービス							
		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	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日	
	営業時間										
	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										
通常の実施地域											
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 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様に記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 4 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 1 - 2 夜間対応型訪問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					
主な 掲 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										
	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											
通常の事業の実施地域											
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。



7 \* 欄には、当該月の曜日を記入してください。



## 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。

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。

