

湯上市

介護予防・日常生活支援総合事業

～指定申請編～

(申請様式・参考様式)

湯上市 介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定申請等について

1. 指定申請について

介護予防・日常生活支援総合事業の事業所に係る指定申請については、「湯上市 介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所の指定申請に係る添付書類一覧」を確認のうえ、**事業開始の日の60日前までに申請**して下さい。

その際、内容について確認させていただきますので原則として来庁による書類提出とします。来庁にあたっては、事前に電話等による来庁日時の調整をお願いします。

※指定事業とサービスの名称

- ・ 現行相当の介護予防サービス → 訪問型サービス、通所型サービス
- ・ 緩和した基準によるサービス → 訪問型サービスA、通所型サービスA

訪問型サービス、通所型サービス

① みなし指定を受けている事業所 → 手続不要です

平成27年3月31日以前に介護予防訪問介護又は介護予防通所介護の指定を受けた事業所(平成27年3月31日に事業を実施していた事業所でみなし指定を辞退した事業所を除く)

【サービスコード：A1、A5】

※平成30年4月1日以降も現行相当サービスの実施を希望する場合は、今後更新申請が必要となります。

② みなし指定を受けていない事業所 → 指定申請手続が必要です

- ・ 平成27年3月31日までに介護予防訪問介護又は介護予防通所介護の指定を受けていない事業所
- ・ みなし指定を辞退した事業所

【サービスコード：A2、A6】

訪問型サービスA、通所型サービスA

③ 実施を希望するすべての事業所 → 指定申請手続が必要です

みなし指定の有無に関わらず事業の実施を希望する事業所は指定申請が必要です。

【サービスコード：A2、A6】

2. 変更届（廃止・休止・再開）について

廃止、休止又は再開をする場合は、その廃止、休止、再開の日の 1 か月前までに、変更届けを行うものとします。

3. 申請書類取得先

潟上市の公式ホームページから取得できます。

※平成 28 年 12 月下旬に掲載予定です。

[トップページ](#) > [くらしのガイド](#) > [地域包括支援センター](#) >

[介護予防・日常生活支援総合事業](#)

4. 指定申請等書類の提出先

〒010-0201 潟上市天王字棒沼台 226-1

潟上市役所 長寿社会課 地域包括支援センター

TEL：018-853-5318

FAX：018-853-5233

潟上市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所の指定申請に係る添付書類一覧

(訪問型サービス・訪問型サービスA)

(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
1	潟上市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書(様式第1号)		
2	訪問型サービス・訪問型サービスAの指定に係る記載事項(付表1)		
3	申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等		みなし事業所は省略可
4	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1) 資格証の写し、雇用契約書の写し又は誓約文		
5	管理者経歴書(参考様式2)		みなし事業所は省略可
6	サービス提供責任者経歴書(参考様式3-1)		みなし事業所は省略可
7	訪問事業責任者経歴書(参考様式3-2)		
8	事業所の平面図等(参考様式4) 外観及び内部の様子がわかる写真		みなし事業所は省略可
9	運営規程(料金表含む)		
10	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5)		
11	当該申請に係る資産の状況 (決算書(貸借対照表、損益計算書)、資産の目録、事業計画書、収支予算書、損害保険証書の写し等)		みなし事業所は省略可
12	介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書(参考様式6)		
13	役員名簿(参考様式7)		みなし事業所は省略可
14	介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書等(参考様式8-1、8-2)		
15	(無資格者を従事者とする場合)研修受講報告書等の研修の内容、対象、開催日時等が分かるもの		

備考 1 「申請者確認欄」の該当欄に「○」を付し、添付書類等に漏れが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

潟上市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所の指定申請に係る添付書類一覧

(通所型サービス・通所型サービスA)

(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
1	潟上市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書(様式第1号)		
2	通所型サービス・通所型サービスAの指定に係る記載事項(付表2)		
3	申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等		みなし事業所は省略可
4	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)		
	資格証の写し、雇用契約書の写し又は誓約文		
5	管理者経歴書(参考様式2)		みなし事業所は省略可
6	サービス提供実施単位一覧表及び日課表等		
7	事業所の平面図等(参考様式4)		みなし事業所は省略可
	外観及び内部の様子がわかる写真		
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5)		
10	当該申請に係る資産の状況		みなし事業所は省略可
	(決算書(貸借対照表、損益計算書)、資産の目録、事業計画書、収支予算書、損害保険証書の写し等)		
11	介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書(参考様式6)		
12	役員名簿(参考様式7)		みなし事業所は省略可
13	介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書等(参考様式8-1、8-2)		
14	(無資格者を従事者とする場合)研修受講報告書等の研修の内容、対象、開催日時等が分かるもの		

備考 1「申請者確認欄」の該当欄に「○」を付し、添付書類等に漏れが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

指定申請書等一式

様式第1号：潟上市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

付表1：訪問型サービス・訪問型サービスA事業所の指定に係る記載事項

付表2：通所型サービス・通所型サービスA事業所の指定に係る記載事項

様式第2号：潟上市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届書（変更届必要書類一覧あり）

様式第3号：潟上市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業廃止・休止・再開届出書

受付番号※

潟上市介護予防・日常生活支援総合事業
指定事業者指定申請書

年 月 日

潟上市長 殿

所在地
申請者 名称
代表者の職・氏名



介護保険法第115条45の5に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所所在地市町村番号※

申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —)				
		ビルの名称等				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種別※				法人所轄庁※	
	代表者の職・氏名・生年月日	職名	フリガナ			生年月日
氏名						
代表者の住所	(郵便番号 —)					
	ビルの名称等					
指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ					
	名称					
	事業所等の所在地	(郵便番号 —)				
		ビルの名称等				
事業所連絡先	電話番号					
同一所在地において行う事業の種類		実施事業※	指定申請をする事業の事業開始予定年月日※	既に指定を受けている事業の指定年月日※	様式	
介護予防・日常生活支援総合事業	訪問型サービス	○		平成25年4月1日	付表1	
	訪問型サービスA	○	平成29年4月1日		付表1	
	通所型サービス				付表2	
	通所型サービスA				付表2	
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)					
指定を受けている他区市町村						
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 「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。

- 「法人の種別」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。
- 「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。
- 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
- 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- 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既に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、そのすべてを記載してください。

付表1

訪問型サービス・訪問型サービスA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																
	訪問介護員(従事者)等との兼務の有無				(有・無)												
	兼務する同一敷地内の 他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)			事業所等名称													
			兼務する職種 及び勤務時間等														
サービス 提供責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)											
	氏名																
	訪問事業責任者との兼務の有無				(有・無)												
訪問事業 責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)											
	氏名																
<p>当該サービスの該当する区分に印を付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/>訪問介護+訪問型サービス <input type="checkbox"/>訪問介護+訪問型サービス+訪問型サービスA</p> <p><input type="checkbox"/>訪問型サービス+訪問型サービスA <input type="checkbox"/>訪問型サービスA</p>																	
従業者					従事者(訪問介護員)等												
					専従	兼務											
	常勤(人)																
	非常勤(人)																
常勤換算後の人数(人)																	
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	平日								土曜				日曜・祝日			
		備考															
	利用料	法定代理受領分					介護報酬告示額の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	①	②			③			④			⑤						
実施地域	備考																
添付書類																	

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 サービス提供責任者(訪問事業責任者)が2名以上の場合は、別紙にて提出ください。

付表2

通所型サービス・通所型サービスA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														
	当該通所型サービス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型サービスを行う利用者の上限							人									
通所型サービス事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積											m ²							
当該単位のサービスに印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 通所介護+通所型サービス <input type="checkbox"/> 通所介護+通所型サービス+通所型サービスA <input type="checkbox"/> 通所型サービス+通所型サービスA <input type="checkbox"/> 通所型サービスA																		
当該単位で同時に通所型サービス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(従事者)		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)																		
主な揭示事項	定員	人(うち区独自基準型の定員 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	①	②			③			④			⑤							
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 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 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、別紙にて提出してください。
- 4 従業員の員数については、総数を記載してください。
- 5 当該指定介護予防・生活支援サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定介護予防・生活支援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。

潟上市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届書

年 月 日

潟上市長 殿

所在地
 事業者 名称
 代表者の職・氏名 ㊟

次のとおり事業者指定を受けた内容を変更したいので届け出ます。

		介護保険事業所 番号								
指定内容を変更する事業所(施設)		名称								
		所在地								
サービスの種類										
変更があった事項		変更の内容								
1	事業所・施設の名称	(変更前)								
2	事業所・施設の所在地									
3	申請者の名称									
4	主たる事務所の所在地									
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名									
6	定款・寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等 (当該事業に関するものに限る。)に規定する事項									
7	事業所が病院若しくは診療所又はその他の事業所の いずれかの別									
8	事業所・建物の平面図、建物の構造、設備の概要等									
9	事業所・施設の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	(変更後)								
10	運営規程									
11	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関									
12	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連 携・支援体制									
13	サービス費の請求に関する事項									
14	役員の氏名、生年月日及び住所									
15	本体施設、本体施設との移動経路等									
16	併設施設の状況等									
17	管理者及び従事者等の氏名等									
変 更 年 月 日		年 月 日								

- 備考 1 該当項目番号に○を付してください。
 2 変更内容が分かる書類を添付してください。

■変更届必要書類一覧（介護予防・日常生活支援総合事業）■

変更内容	変更届出書	付表	定款・寄附行為等の写し	登記事項証明書	運営規程（新）・新旧対照表	運営規程（旧）	重要事項説明書	契約書	誓約書・役員等名簿	事業所付近見取図、平面図、配置図	変更された部分の写真	設備・備品等に係る一覧表	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	経歴書	資格等を証明する書類の写し	研修修了証の写し	協力医療機関との契約書の写し	連携施設との協定書の写し	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	注意事項
申請者（法人等）の名称	○		○	○																	法人の合併等による変更については、新規の指定申請となる場合がありますので、事前にご相談ください。
主たる事務所の所在地	○			○		○	○	○													法人の合併等による変更については、新規の指定申請となる場合がありますので、事前にご相談ください。
法人代表者（開設者）の氏名、住所及び職名	○			○					○					○							代表者と開設者が別の場合、組織図や業務内容を記した規則等、当該事業の代表者（開設者）であることを証明する書類が必要です。
定款・寄附行為等 登記事項証明書	○		○	○																	
役員の変更（氏名及び住所等）	○			○					○												

事業所の名称・ 電話番号・FAX番号	○	○			○																
事業所の所在地・建物構造・ 専用区画・移動経路等	○	○								○	○	○									指定基準内の変更に限りませので、注意してください。
運営規程						○	○														
(1)営業日・営業時間	○	○			○								○								
(2)従業者数	○	○			○								○								
(3)サービスの内容・提供方法	○	○			○																
(4)利用料	○	○			○																
(5)通常の事業の実施地域	○	○			○																
(6)その他	○	○			○																
管理者	○	○											○	○							他の職務を兼務する場合は、その関係書類も必要となります。
訪問事業責任者 サービス提供責任者	○	○											○	○	○	○					
従業者 （看護職員、生活相談員等）	○	○											○	○	○						
定員	○	○			○					△	△	△									△ 設備に改修が必要な場合は、その関係書類も必要となります。
協力医療機関（病院）・協力歯 科医療機関	○	○															○				
介護老人福祉施設、介護老人保 健施設、病院等との連携・支援 体制	○	○															○				
介護予防・日常生活支援総合事 業費の請求に関する事項（加算 届等）	○	○																	○	○	その他、加算要件について確認できる書類が必要です。

※上記一覧は参考であり、事例によって追加の書類が必要となる場合があります。

潟上市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業廃止・休止・再開届出書

年 月 日

潟上市長 殿

所在地
事業者 名称
代表者の職・氏名

印

次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしたいので届け出ます。

	介護保険事業者番号									
廃止（休止・再開）する事業所	名 称									
	所在地									
サ ー ビ ス の 種 類										
休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開 の 別	休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開									
休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開 する 年 月 日	年 月 日									
休 止 ・ 廃 止 の 理 由										
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置 (休止・廃止した場合のみ)										
休 止 予 定 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日									

備考 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

参考様式一式

参考様式1：従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表

参考様式2：管理者経歴書

参考様式3-1：サービス提供責任者経歴書

参考様式3-2：訪問事業責任者経歴書

参考様式4：事業所の平面図等

参考様式5：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6：介護保険法第115条の45の5第2項の規定
に該当しない旨の誓約書

参考様式7：役員名簿

参考様式8-1：介護予防・日常生活支援総合事業費算定に
係る体制等に関する届出書

参考様式8-2：介護予防・日常生活支援総合事業費算定に
係る体制等状況一覧表

(参考様式2)

管理者経歴書

事業所又は施設の名称			
フリガナ			
氏名		生年月日	年 月 日
住所	(郵便番号 ー)		
電話番号			
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 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。
- 2 当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。

(参考様式3-1)


サービス提供責任者経歴書

事業所又は施設の名称		
フリガナ		
氏名		生年月日 年 月 日
住所	(郵便番号 -)	
電話番号		
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 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

(参考様式4)
事業所の平面図等

事業所又は施設の名称



備考1 各室の用途を記載してください。

2 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。

3 設備及び備品の概要を記載することとなっている場合は、本様式の余白部分に当該サービスの提供を行うために整備する備品等の品名及び員数を記載することで差し支えありません。

(参考様式5)

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

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。

(参考様式6)

介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

潟上市長 殿

申請者 住所

氏名 (法人にあつては名称及び代表者名)

印

申請者が下記の事項に該当しない者であることを誓約します。

記

(介護保険法第115条45の5第2項)

(指定事業者の指定)

第百十五条の四十五の三 第一項の指定(第百十五条の四十五の七第一項を除き、以下この章において「指定事業者の指定」という。)は、厚生労働省令で定めるところにより、第一号事業を行う者の申請により、当該事業の種類及び当該事業の種類に係る当該第一号事業を行う事業所ごとに行う。

2 市町村長は、前項の申請があつた場合において、申請者が、厚生労働省令で定める基準に従つて適正に第一号事業を行うことができないと認められるときは、指定事業者の指定をしてはならない。

【介護保険法施行規則 第140条の63の6】

(法第百十五条の四十五の五第二項の厚生労働省令で定める基準)

第百四十条の六十三の六 法第百十五条の四十五の五第二項に規定する厚生労働省令で定める基準は、市町村が定める基準であつて、次のいずれかに該当するものとする。

一 第一号事業(第一号生活支援事業を除く。)に係る基準として、次に掲げるいずれかに該当する基準

イ 介護保険法施行規則等の一部を改正する省令(平成二十七年厚生労働省令第四号)附則第二条第三号若しくは第四条第三号の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成十八年厚生労働省令第三十五号。ロにおいて「旧指定介護予防サービス等基準」という。)に規定する旧介護予防訪問介護若しくは旧介護予防通所介護に係る基準の例による基準又は指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成十八年厚生労働省令第三十七号。ロにおいて「指定介護予防支援等基準」という。)に規定する介護予防支援に係る基準の例による基準

ロ 旧指定介護予防サービス等基準に規定する基準該当介護予防サービス(旧介護予防訪問介護及び旧介護予防通所介護に係るものに限る。)に係る基準又は指定介護予防支援等基準に規定する基準該当介護予防支援に係る基準の例による基準

ハ 平成二十六年改正前法第五十四条第一項第三号又は法第五十九条第一項第二号に規定する離島その他の地域であつて厚生労働大臣が定める基準に該当するものに住所を有する居宅要支援被保険者等が、平成二十六年改正前法第五十四条第一項第三号又は法第五十九条第一項第二号に規定するサービスを受けた場合における当該サービスの内容を勘案した基準

ニ 第一号事業に係る基準として、当該第一号事業に係るサービスの内容等を勘案した基準(前号に掲げるものを除く。)

(参考様式7)

役員名簿 (申請者が法人)		
氏名 (ふりがな)	生年月日	住所
	役職名・呼称	
	年 月 日生 (役職名)	〒 —
	年 月 日生 (役職名)	〒 —
	年 月 日生 (役職名)	〒 —
	年 月 日生 (役職名)	〒 —
	年 月 日生 (役職名)	〒 —
	年 月 日生 (役職名)	〒 —
	年 月 日生 (役職名)	〒 —
	年 月 日生 (役職名)	〒 —
	年 月 日生 (役職名)	〒 —
	年 月 日生 (役職名)	〒 —
	年 月 日生 (役職名)	〒 —
	年 月 日生 (役職名)	〒 —
	年 月 日生 (役職名)	〒 —

- 備考 1 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の支配力を有するものと認められる者を含む。）
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書

平成 年 月 日

潟上市長 様

所在地
名称

印

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 市 (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	法人の種別	法人所轄庁			
代表者の職・氏名	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 市			
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 市			
事業所・施設の状況	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー) 県 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 市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	管理者の氏名				
事業所の種類	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	異動年月日
	訪問型サービス(みなし)A1			1.新規 2.変更 3.終了	
	訪問型サービス(独自)A2			1.新規 2.変更 3.終了	
	訪問型サービスA A3			1.新規 2.変更 3.終了	
	通所型サービス(みなし)A5			1.新規 2.変更 3.終了	
	通所型サービス(独自)A6			1.新規 2.変更 3.終了	
	通所型サービスA A7			1.新規 2.変更 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 「法人の種別」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、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」欄は、該当する区分について○をつけてください。
 6 「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。
 7 「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。

(参考様式8-2)

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表

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	割引
A 1 訪問型サービス (みなし)			サービス提供責任者体制の減算	1 なし 2 あり	1 なし 2 あり
			特別地域加算	1 なし 2 あり	
			中山間地域等における小規模事業所加算 (地域に関する状況)	1 非該当 2 該当	
			中山間地域等における小規模事業所加算 (規模に関する状況)	1 非該当 2 該当	
			介護職員処遇改善加算	1 なし 5 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ 3 加算Ⅲ 4 加算Ⅳ	
A 2 訪問型サービス (独自)			サービス提供責任者体制の減算	1 なし 2 あり	1 なし 2 あり
			特別地域加算	1 なし 2 あり	
			中山間地域等における小規模事業所加算 (地域に関する状況)	1 非該当 2 該当	
			中山間地域等における小規模事業所加算 (規模に関する状況)	1 非該当 2 該当	
			介護職員処遇改善加算	1 なし 5 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ 3 加算Ⅲ 4 加算Ⅳ	
A 2 訪問型サービス A			介護職員処遇改善加算	1 なし 5 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ 3 加算Ⅲ 4 加算Ⅳ	1 なし 2 あり
A 5 通所型サービス (みなし)			職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 看護職員 3 介護職員	1 なし 2 あり
			若年性認知症利用者受入加算	1 なし 2 あり	
			生活機能向上グループ活動加算	1 なし 2 あり	
			運動器機能向上体制	1 なし 2 あり	
			栄養改善体制	1 なし 2 あり	
			口腔機能向上体制	1 なし 2 あり	
			選択的サービス複数実施加算	1 なし 2 あり	
			事業所評価加算〔申出〕の有無	1 なし 2 あり	
			サービス提供体制強化加算	1 なし 4 加算Ⅰイ 2 加算Ⅰロ 3 加算Ⅱ	
			介護職員処遇改善加算	1 なし 5 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ 3 加算Ⅲ 4 加算Ⅳ	
			A 6 通所型サービス (独自)		
若年性認知症利用者受入加算	1 なし 2 あり				
生活機能向上グループ活動加算	1 なし 2 あり				
運動器機能向上体制	1 なし 2 あり				
栄養改善体制	1 なし 2 あり				
口腔機能向上体制	1 なし 2 あり				
選択的サービス複数実施加算	1 なし 2 あり				
事業所評価加算〔申出〕の有無	1 なし 2 あり				
サービス提供体制強化加算	1 なし 4 加算Ⅰイ 2 加算Ⅰロ 3 加算Ⅱ				
介護職員処遇改善加算	1 なし 5 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ 3 加算Ⅲ 4 加算Ⅳ				
A 6 通所型サービス A					介護職員処遇改善加算