

(参考様式 9－14 地域密着型サービス【改定用】)

誓 約 書

上記の介護給付費算定に係る体制等状況一覧の加算等項目については、令和 3 年度 4 月 1 日施行予定の「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成 18 年厚生労働省告示第 78 号）」等（厚生労働省及び堺市ホームページを参照）による算定要件の内容を十分確認したうえで、該当事項に○印をつけています。

なお、今回の届出に関して、後日堺市からの追加書類の提出を求められた際には直ちに求めに応じるものとし、又届出事項に虚偽若しくは基準を満たしていないことが判明した場合には、速やかに堺市の指示に従い過誤調整等の必要な措置を講じます。

事業運営にあたっては、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）、堺市介護保険事業等の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成 24 年条例第 58 号）、堺市介護予防・日常生活支援総合事業の人員、設備及び運営に関する基準、その他関係法令等を遵守します。

【署名欄】

主たる事務所の所在地：

名 称：

代表者の職・氏名：

⑧