

事業者指定申請について

通所介護

地域密着型通所介護

介護予防通所サービス

療養通所介護

**指定申請の前に必ず堺市と事前協議を終了しておいてください。
事前協議を終了していない場合、
申請を受け付けることはできません。**

各事業について

- ・通所介護事業は利用定員 19 人以上、地域密着型通所介護事業は利用定員 18 人以下に限ります。なお、ここでいう「利用定員」とは、利用者の実人数やサービス提供単位ごとの利用定員ではなく、当該指定通所介護事業所において『同時に指定通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限として堺市に届け出ている数』をいいます。
- ・共生型サービスのみ指定を受ける場合は、共生型サービスの手引きをご覧ください。

堺市 介護事業者課

(書類作成の留意事項)

添付書類については、**A4 サイズ**（日本工業規格 A 列 4 番）としてください。枚数があるものは、袋綴じや糊付けは行わずにホッチキス等によりまとめてください。

A4 サイズより大きなものは、A4 に縮小してサイズを合わせてください。ただし、縮小により内容が判別できないものは、等倍または拡大して A3 サイズとしてください。

提出した書類は本市において保管するため、事業所においても写し等控えを適切に管理してください。控えは提出書類の補正を行う際に必要です。

目 次

1	指定申請にあたって	1
2	指定を受けるための要件について	1
3	人員及び設備に関する基準	3
4	指定申請に必要な書類と作成方法	7
	○ 申請書等の記入例等	11
5	通所介護等事業者の申請に必要な書類一覧 (チェックリスト)	42

(担当課) 堺市 長寿社会部 介護事業者課

所在地：堺市堺区南瓦町3番1号 本館8階

連絡先：(電話) 072-228-7348 (FAX) 072-228-7481

1 指定申請にあたって

居宅サービス事業、介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業）を実施するためには、人員及び設備の基準を満たしていることはもちろんのことですが、運営に関する基準に従って事業運営を実施できることが条件となります。

指定申請を行う前に必ず運営に関する基準をお読みいただき、基準どおり事業の実施が可能かどうかご判断の上、申請を行ってください。

2 指定を受けるための要件について

指定は、サービスの種類及び事業を実施する所在地ごとに受けなければなりません。また指定を受けるためには、以下の条件を満たす必要があります。

① 法人であること。

登記の目的欄に当該事業に関する記載のあること。

○株式会社等の営利法人、特定非営利活動法人の場合

例1)

通所介護を行う場合：介護保険法に基づく通所介護事業

地域密着型通所介護（療養通所介護を含む）を行う場合：介護保険法に基づく地域密着型通所介護事業

介護予防通所サービスを行う場合：介護保険法に基づく第1号通所事業

例2)

通所介護を行う場合：介護保険法に基づく居宅サービス事業

地域密着型通所介護（療養通所介護を含む）を行う場合：介護保険法に基づく地域密着型サービス事業

介護予防通所サービスを行う場合：介護保険法に基づく第1号事業

記載がない場合は、あらかじめ登記の変更手続きを完了させておいてください。

○医療法人、社会福祉法人等の所轄・監督官庁のある法人（特定非営利活動法人を除く。）の場合

定款への記載の文言や定款変更認可の手続きについて、必ず所轄・監督官庁に相談の上、指定申請をするまでに手続きを完了させておいてください。また、あわせて登記の変更手続きについても、完了させておいてください。

② 事業所従業者の知識及び技能並びに人員が、通所介護・地域密着型通所介護においては「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。以下「堺市基準条例」と言う。）、介護予防通所サービスにおいては「堺市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の人員、設備及び運営に関する基準」（以下「堺市運営基準」と言う。）に定める基準及び員数を満たしていること。

③ 事業所の設備が、堺市基準条例または堺市運営基準に定める基準を満たしていること。

④ 堺市基準条例または堺市運営基準に定める運営に関する基準に従って適正な事業の運営ができること。

※②③④について

堺市基準条例は以下の厚生労働省が定める基準を引用していますので、併せて確認してください。

・「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年3月31日厚生省令第37号）

※条例・基準関係については、堺市のホームページ上から確認ができます。

「堺市トップページ」（<http://www.city.sakai.lg.jp/>）⇒「健康・福祉」⇒「福祉・介護」⇒「事業者向け情報」⇒「介護事業」内の“1. 条例・基準関係”

また、介護予防通所サービスについては、堺市運営基準のほか、以下の要綱等を必ずお読みいただきご検討ください。

- ・堺市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱
- ・堺市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する要綱
- ・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に係る解釈について（解釈通知）
- ・堺市介護予防・日常生活支援総合事業に要する費用の額の算定に関する基準
- ・堺市介護予防・日常生活支援総合事業に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（留意事項通知）

※上記要綱等については、堺市のホームページ上から確認ができます。

「堺市トップページ」(<http://www.city.sakai.lg.jp/>) ⇒ 「健康・福祉」 ⇒ 「福祉・介護」 ⇒ 「高齢者福祉」 ⇒ 「介護予防・日常生活支援総合事業（事業者用）」内の“8 要綱・基準等”

- ⑤ 通所介護（又は地域密着型通所介護）と介護予防通所サービスを同時に行う場合
通所介護（又は地域密着型通所介護）と介護予防通所サービスは同一事業所で同時に事業を実施することができます。この場合、介護予防通所サービスの人員基準、設備基準を満たしていれば、通所介護（又は地域密着型通所介護）の人員基準、設備基準を満たしたものとします。
- ⑥ 事業所名称について
介護サービスと対をなす介護予防サービスでは同一名称に統一し申請してください。
また、既に他法人で指定を受け使用されている名称は付けることが出来ない場合がありますので、事前にインターネット等で確認し申請してください。
- ⑦ **事業者の所在地が市街化調整区域・工業専用地域の場合、指定申請は受付できません。**
インターネット上（堺市 e-地図帳）で市街化調整区域・工業専用地域の確認ができます。
<http://e-map.city.sakai.lg.jp/>（「都市計画情報」から検索）
判断が困難な場合は都市計画担当課で確認してください。
- ⑧ 介護保険法以外にも設備や人員に係る各種関係法令を遵守していること。
- ・建築基準法及び消防法について
適法な物件であるか建築確認担当課及び所轄消防署へ事前に相談し、必要に応じて検査を受けるなど担当者の指示に従ってください。
違法であることが判明した場合は、関係課との連携のもと指示（廃止・休止・移転）に従ってもらうこととなります。
 - ・労働基準関係法令について
労働基準関係法令に基づき必要な項目（労働条件・就業規則、労働時間・休息・休日・整備すべき休暇、賃金、労働者名簿、賃金台帳、安全衛生、労働保険 等）について、労働基準監督署の指示に従い整備をしてください。
雇用トラブルに発展するだけでなく、介護保険上の人員基準に抵触する可能性もありますので、ご注意ください。

3 人員及び設備に関する基準

A. 通所介護事業・地域密着型通所介護事業（療養通所介護を除く）・介護予防通所サービス事業

(1) 人員に関する配置基準 【利用定員が10名を超える場合】

職種	資格要件	配置基準
管理者	なし	・専らその職務に従事する ^(注1) 常勤 ^(注2) の者1名
生活相談員	社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、社会福祉主事任用資格者 ^(注3) 、介護支援専門員	・提供日ごとに、サービス提供時間帯に生活相談員（専ら当該サービスの提供に当たる者に限る。）が勤務している時間数の合計数をサービス提供時間帯の時間数で除して得た数が1以上
看護職員	看護師、准看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・単位^(注4)ごとに、その提供を行う時間帯を通じて専従する必要はないが、提供時間帯を通じて事業所と密接かつ適切な連携を図るものとし、その提供に当たる者1名以上 ・また、<u>病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により、</u> <ul style="list-style-type: none"> ①看護職員が指定通所介護等事業所の営業日ごとに利用者の健康状態の確認を行い、 ②病院、診療所、訪問看護ステーションと指定通所介護等事業所が提供時間帯を通じて密接かつ適切な連携を図っている（指定通所介護等事業所へ駆けつけることができる体制や適切な指示ができる連絡体制を確保している） 場合には、看護職員が確保されているものとする。
介護職員	なし	<ul style="list-style-type: none"> ・単位ごとの提供時間に応じ、以下の時間を確保すべき勤務延時間とする（次頁の表参照）。 平均提供時間数（利用者ごとの提供時間数合計を利用者数で除して得た数）をAとして、 利用者数15人まで…A 利用者数16人以上 …$((\text{利用者数}-15) \div 5 + 1) \times A$ ・また、単位ごとに、その提供を行う時間帯に常時1名以上従事が必要。
機能訓練指導員	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師 ^(注5)	・1名以上
※生活相談員又は介護職員のうち1人以上は常勤であること ※看護職員を連携により確保する場合は、波線①及び②の内容が明記されている文書を添付書類として求めます。		

(注1)～(注5)については、次頁の注釈を参照してください。

○通所介護等事業の人員配置基準を満たすために必要な介護職員等の勤務時間数の具体例（単位ごと）

		平均提供時間						
		3.0 時間	4.0 時間	5.0 時間	6.0 時間	7.0 時間	8.0 時間	9.0 時間
利用者数	10 人	3.0 時間	4.0 時間	5.0 時間	6.0 時間	7.0 時間	8.0 時間	9.0 時間
	15 人	3.0 時間	4.0 時間	5.0 時間	6.0 時間	7.0 時間	8.0 時間	9.0 時間
	16 人	3.6 時間	4.8 時間	6.0 時間	7.2 時間	8.4 時間	9.6 時間	10.8 時間
	17 人	4.2 時間	5.6 時間	7.0 時間	8.4 時間	9.8 時間	11.2 時間	12.6 時間
	18 人	4.8 時間	6.4 時間	8.0 時間	9.6 時間	11.2 時間	12.8 時間	14.4 時間
	19 人	5.4 時間	7.2 時間	9.0 時間	10.8 時間	12.6 時間	14.4 時間	16.2 時間
	20 人	6.0 時間	8.0 時間	10.0 時間	12.0 時間	14.0 時間	16.0 時間	18.0 時間

(2) 人員に関する配置基準 【利用定員が 10 名以下の場合】

職種	資格要件	配置基準
管理者	なし	・専らその職務に従事する ^(注1) 常勤 ^(注2) の者 1 名
生活相談員	社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、社会福祉主事任用資格者 ^(注3) 、介護支援専門員	・提供日ごとに、サービス提供時間帯に生活相談員（専ら当該サービスの提供に当たる者に限る。）が勤務している時間数の合計数をサービス提供時間帯の時間数で除して得た数が 1 以上
看護職員	看護師、准看護師	・単位 ^(注4) ごとに、平均提供時間数（利用者ごとの提供時間数合計を利用者数で除して得た数）を確保すべき勤務延時間数とする。 ・また、単位ごとに常時 1 名以上従事が必要。
介護職員	なし	
機能訓練指導員	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師 ^(注5)	・ 1 名以上
・生活相談員又は看護職員又は介護職員のうち 1 名以上は常勤であること		

(注1)「専ら従事する」とは、原則として当該事業における勤務時間を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいいます。

(注2)「常勤」とは、雇用形態に関わらず、当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間（32 時間を下回る場合は 32 時間を基本とする。）に達していることをいいます。ただし、母性健康管理措置又は育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を 30 時間として取り扱うことが可能です。

(注3) 社会福祉主事任用資格者の証明を大学、短大の成績証明書により行う場合、厚生労働省の指定科目が、卒業年次によって異なりますので、事前に証明書を発行した大学、短大にお問い合わせいただきご確認願います。

社会福祉主事任用資格の取得方法については、厚生労働省のホームページからも確認できます。

「厚生労働省トップページ」⇒「政策について」⇒「分野別の政策一覧」⇒「福祉・介護」⇒「生活保護・福祉一般」⇒「社会福祉士・介護福祉士等」

(注4) 「単位」とは、同時に、一体的に提供される指定通所介護をいいます。

そのことから、例えば、次のような場合は、2単位として扱われ、それぞれの単位ごとに必要な従業者を確保する必要があります。

イ 指定通所介護等事業が同時に一定の距離を置いた2つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているといえない場合

ロ 午前と午後とで別の利用者に対して指定通所等介護事業を提供する場合

(注5) はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあんまマッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6ヶ月以上機能訓練に従事した経験を有する者に限られます。

(3) 設備に関する基準

設備		内容
食堂		<ul style="list-style-type: none"> それぞれ必要な広さを有すること
機能訓練室		<ul style="list-style-type: none"> 合計した面積が、3平方メートルに利用定員を乗じて得た面積（有効面積）以上であること 機能訓練室については、サービス提供時間を通じて利用者がサービスを受けられる部屋であること（一時的に使用する部屋は機能訓練室として必要な面積に算定できない。） 狭隘な部屋を多数設置することにより面積を確保することは不可 食事の提供の際にはその提供に支障がない広さを確保でき、かつ、機能訓練を行う際にはその実施に支障がない広さを確保できる場合は、同一の場所とすることができる。
静養室		<ul style="list-style-type: none"> 利用定員に対して（複数の利用者が同時に利用できる）適当な広さを確保すること 機能訓練室から見通しがきく場所に専用のスペースを確保すること 利用者が休まれるベッド等は適切な幅を確保し、カーテン等により静養中のプライバシーに配慮されていること それぞれのベッドに対して、静養中の利用者の手が届く位置にナースコールが設置されていること
相談室		<ul style="list-style-type: none"> 遮へい物の設置等により相談者のプライバシー及び相談の内容が漏えいしないよう配慮されていること
事務室		<ul style="list-style-type: none"> 鍵付書庫、職員用事務机、通信設備、その他事務に必要な備品を配置できる広さを確保すること 利用者の情報が漏れることのないように配置すること
その他必要な設備	洗面設備	<ul style="list-style-type: none"> 送迎時など利用者が手指洗浄及びうがいを行える設備を設けること 利用者が使用しやすいよう自動水栓又はレバー式とすること
	便所	<ul style="list-style-type: none"> 手すり等を設置するなど介助を要する者の使用に適した構造・設備とすること（複数の利用者が同時に利用できること。うち1箇所は車いす対応型便所とすることが望ましい。） ナースコールが設置されていること 扉は内開きにせず、鍵が外からも容易に開錠出来ること 空気感染防止対策（換気設備の設置）を行っていること

厨房	(食事を提供する場合) <ul style="list-style-type: none"> ・食品等の衛生管理に配慮した設備とすること（保存食の保存設備を設置することが望ましい） ・食材等の搬出入に対して安全かつ衛生面に配慮したルートを確保すること ・火気使用部分は不燃対策を行っておくこと
浴室・脱衣場	(入浴介助を行う場合) <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が使用中は、他の利用者から中が見られないようにすること ・手すり等を設置するなど利用者の安全に配慮し、介助浴を基本とすること ・湯温管理盤にカバーをするなどやけど防止対策を行っておくこと ・浴室及び脱衣場の適切な個所にナースコールが設置されていること ・防カビ対策（換気設備の設置）を行っていること
※設備については、専ら指定通所介護等事業の事業の用に供するものでなければならない。	

※ 設備や備品の配置については 20 頁から 23 頁及び「事前協議の手引き（通所介護等）」も併せて確認しておいてください。

(4) その他の留意事項

- ① 建物の配置、構造及び設備は、日照、採光、換気、適温調整等、利用者の保健衛生に関する事項及び防災について十分配慮されたものであること。
- ② 緊急時、非常災害時の対策として、安全な避難手段、経路を確保すること。
- ③ 利用者が利用するスペース（食堂・機能訓練室、静養室、相談室、浴室等）については、同一階に配置すること。（エレベーター設置により利用者の移動に支障がないと認められる場合は除く。）
- ④ 段差の解消、スロープの設置など高齢者の安全、利便に配慮した構造とし、車いすの利用が可能なものとする。

B. 療養通所介護

(1) 人員に関する配置基準

職種	資格要件	配置基準
管理者	看護師	・専らその職務に従事する ^(注1) 常勤 ^(注2) の者1名
看護職員	看護師、准看護師	・療養通所介護の単位 ^(注4) ごとに、その提供を行う時間帯を通じて専ら当該療養通所介護の提供に当たる者が利用者の数1.5対1名以上
介護職員	なし	
看護職員又は介護職員のうち1名以上は常勤の看護師であって専らその職務に従事する者であること。		

(注1)、(注2)、(注4)については4・5頁の注釈を参照してください。

(2) 設備に関する基準

指定療養通所介護を行うのにふさわしい専用の部屋を有するほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備及び備品等を備えなければならない。

設備		内容
専用の部屋 (食堂・機能訓練室)		<ul style="list-style-type: none"> 指定療養通所介護を行うのにふさわしい部屋とし、合計した面積が 6.4 平方メートルに利用定員を乗じて得た面積（内法、有効面積）以上であること 利用者ごとの状態を勘案してレイアウトを行うこと プライバシーに配慮された構造であること
静養スペース ※専用の部屋に定員数分のベッドがある場合は省略可		<ul style="list-style-type: none"> 機能訓練室から見通しがきく場所に利用定員分のベッド、ふとんが敷ける広さを確保した専用スペースを確保すること ナースコールが設置されていること
相談室		<ul style="list-style-type: none"> 遮へい物の設置等により相談の内容が漏えいしないよう配慮されていること
事務室		<ul style="list-style-type: none"> 職員、設備備品を配置できる広さを確保すること
その他必要な設備	便所	<ul style="list-style-type: none"> 介助を要する者の使用に適した身体障害者用の構造・設備とすること（最低 1 箇所以上）※複数設置が望ましい ナースコールが設置されていること
	厨房	(食事を提供する場合) <ul style="list-style-type: none"> 環境衛生に配慮した設備とすること。(保存食の保存設備を設置することが望ましい)
	浴室	(入浴介助を行う場合) <ul style="list-style-type: none"> 身体の不自由な者が入浴するのに適したものとすること。 ナースコールが設置されていること
※設備については、専ら指定療養通所介護の事業の用に供するものでなければならない。		

(3) 契約医療機関

- 利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ緊急時対応の医療機関を定め、緊急時に円滑な協力が得られるよう契約を結ぶ必要があります。
- 緊急時対応の契約医療機関は、同一の敷地内、又は隣接若しくは近接している必要があります。

(4) その他の留意事項

- ①利用定員は 18 名以下であること。
- ②建物の配置、構造及び設備は、日照、採光、換気、適温調整等、利用者の保健衛生に関する事項及び防災について十分配慮されたものであること。
- ③緊急時、非常災害時の対策として、安全な避難手段、経路を確保すること。
- ④処遇スペース（食堂・機能訓練室、静養室、相談室）については、同一階に配置すること。（エレベーター設置により利用者の移動に支障がないと認められる場合は除く。）
- ⑤段差の解消、スロープの設置など高齢者の安全、利便に配慮した構造とし、車いすの利用が可能なものとすること。

4 指定申請に必要な書類と作成方法

(1) 申請書類作成にあたっての留意事項

申請書類は、特段に定めがない限り、A4 サイズ（日本工業規格 A 列 4 番）としてください。

(2) 申請に必要な書類

- ① 指定等申請書
通所介護及び地域密着型通所介護は様式第 69 号の 2、介護予防通所サービスは様式第 1 号をご準備ください。記入例（11～13 頁）をご参照ください。
- ② 通所介護・介護予防通所サービス事業者の指定に係る記載事項（付表 12）、
地域密着型通所介護・介護予防通所サービス事業者の指定に係る記載事項（付表 22）
記入例（14～17 頁）をご参照ください。
- ③ 添付書類

ア 申請者の登記事項証明書又は条例等の写し等

※	提出書類	様式等	説明
□	法人登記事項証明書 (履歴事項全部証明書) (写し可)		<ul style="list-style-type: none"> ・申請に係る事業を実施する旨の記載があることが必要です。 ・発行日から3ヶ月以内のものに限ります。

イ 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類

※	提出書類	様式等	説明
□	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式 1-2	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者及び従業者全員について、毎日の勤務時間数(4週間分)を記載してください。 ・職種は、管理者、生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員、歯科職員、栄養職員に区分して記載してください。(18頁参照)
□	社会保険等加入状況確認票	別紙1	<ul style="list-style-type: none"> ・社会保険等の加入状況及び事業所情報等を記載してください。(19頁参照)
□	従業者の資格を証明するものの写し		<ul style="list-style-type: none"> ・資格証等の写しを「従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表」に記載した氏名の順に並べて提出してください。 ・はり師及びきゅう師が機能訓練指導員となる場合は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあんまマッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6ヶ月以上機能訓練に従事した経験を有することの証明書(参考様式7-2)の添付が必要となります。

ウ 事業所の平面図並びに設備の概要を記載した書類

※	提出書類	様式等	説明
□	平面図	参考様式3	<ul style="list-style-type: none"> ・当該事業に使用する箇所(事務室、相談室、機能訓練室等)のレイアウト(ナースコール、手すり、設備・備品等の配置状況)及び各部屋の面積がわかるものを添付してください。(20~22頁参照)
□	写真 (カラー写真に限る。)		<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の外観(駐車場がある場合は、駐車場の写真を含む)及び上記平面図で示した箇所の内部の広さや様子(設備・備品等の配置状況)がわかる写真をA4の台紙に貼付するとともに、上記平面図のコピーに撮影方向を明示した上で添付してください。(20~22頁参照)
□	設備・備品等一覧表	参考様式5	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所に備え付けの設備及び備品一覧(品名・数量)を記載してください。(23頁参照)
□	案内図		<ul style="list-style-type: none"> ・最寄駅(バス停)から事業所までの案内図を作成してください。 ・パンフレット等を作成している場合は、それを添付していただいても結構です。

エ 運営規程

※	提出書類	様式等	説明
□	運営規程	参考資料	<ul style="list-style-type: none"> ・以下の内容を具体的に記載した運営規程を作成してください。 ①事業の目的及び運営の方針

			②従業者の職種、員数及び職務の内容 ③営業日及び営業時間 ④利用定員 ⑤指定通所介護等事業の内容及び利用料その他の費用の額 ⑥通常の事業の実施地域 市町村（政令市にあっては区）単位での設定を基本とします。 ⑦業務継続計画の策定等 ⑧衛生管理等 ⑨サービス利用にあたっての留意事項 ⑩緊急時等における対応方法 ⑪非常災害対策 ⑫苦情処理体制 ⑬個人情報の保護に係る事項 ⑭虐待防止に関する事項 ⑮その他の運営に関する重要事項 （24～33 頁参照、地域密着型通所介護については地域との連携等についても定めること。）
--	--	--	---

オ 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類

※	提出書類	様式等	説明
<input type="checkbox"/>	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	次の事項について、具体的に記載してください。 ① 利用者等からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口・担当者の設置（担当者名や連絡先） 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 （34 頁参照）

カ 当該申請に係る事業に係る請求に関する書類

※	提出書類	様式等	説明
<input type="checkbox"/>	介護給付費（第1号事業給付費）に係る体制等に関する届出書	別紙 2	<ul style="list-style-type: none"> 異動等の区分欄の「1. 新規」に○を記入し、異動年月日には指定予定年月日を記載してください。 実施事業欄には今回申請を行うサービスに○を記入してください。 介護保険事業所番号欄及び特記事項欄は記載不要です。
<input type="checkbox"/>	介護給付費の算定に係る体制等状況一覧	参考様式 8 通介 ^(注)	<ul style="list-style-type: none"> 単位ごとに1枚必要です。 全ての項目について該当するものに○をしてください。 加算を算定する場合は、当該加算の届出に必要な書類も添付してください。

(注) 地域密着型通所介護は参考様式 8 密着型通介。

キ 老人福祉法に基づく居宅生活支援事業等の届出

※	提出書類	様式等	説明
<input type="checkbox"/>	老人居宅生活支援事業開始届	様式第 31 号 又は 様式第 33 号	・介護保険法に基づく通所介護等事業を行う場合には、老人福祉法の適用を受けることとなるため、届出が必要です。37～39 頁を参照のうえ、指定申請と同時に届け出てください。

ク 誓約書

※	提出書類	様式等	説明
<input type="checkbox"/>	誓約書	参考様式 9-1	・「居宅サービス事業」または「地域密着型サービス事業所」（介護予防通所サービスを申請する場合は併せて「第1号事業」）に☑をし、署名欄に法人名等を記載してください。

ケ 業務管理体制の届出

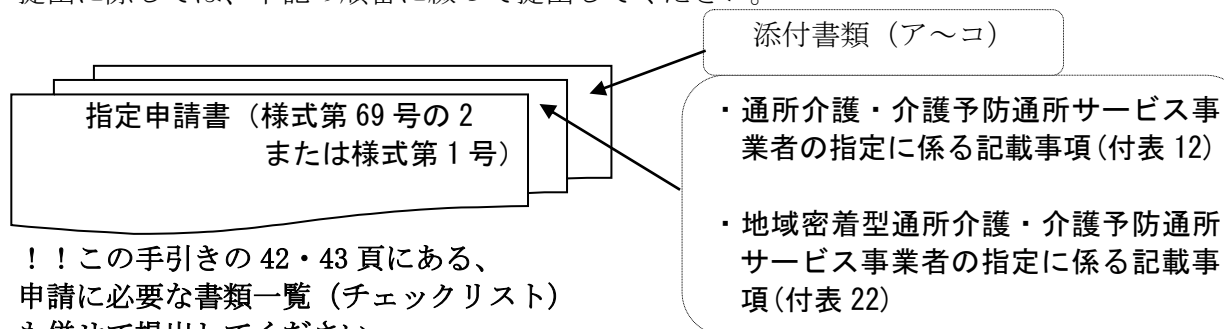
※	提出書類	様式等	説明
<input type="checkbox"/>	業務管理体制の整備 又は区分の変更に係 る届出書	様式第1号	・法人単位で提出が必要です。未提出であって提出先が堺市である場合は、40・41頁参照のうえ指定申請と同時に届け出てください。提出先が異なる場合は事業開始までに各所管庁へ届け出てください。

コ 療養型の場合は、協力医療機関との契約の内容を記載した書類

※	提出書類	様式等	説明
<input type="checkbox"/>	協力医療機関との契 約内容		・利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を記載している契約書等の写しを添付してください。

(3) 申請書類の提出方法

提出に際しては、下記の順番に綴って提出してください。



！！この手引きの42・43頁にある、申請に必要な書類一覧（チェックリスト）も併せて提出してください。

- ※1 書類の提出の前に42・43頁「通所介護等事業者の申請に必要な書類一覧（チェックリスト）」により漏れがないか確認の上、チェックリストも併せてご提出ください。
- ※2 通所介護事業（又は地域密着型通所介護事業）と介護予防通所サービス事業を同時に申請する場合は、添付書類は1部でかまいません。
- ※3 すでに通所介護または地域密着型通所介護（介護予防通所サービス）の指定を受けている事業所が、新たに介護予防通所サービス（通所介護または地域密着型通所介護）の指定を受ける場合は、既に提出している事項について変更がないときは、下記の書類をご提出ください。
 - ① 指定等申請書（様式第69号の2または様式第1号）
 - ② （地域密着型）通所介護・介護予防通所サービス事業者の指定に係る記載事項（付表12または付表22）
 - ③ 履歴事項全部証明書の写し
 - ④ 運営規程
 - ⑤ 介護給付費（第1号事業給付費）算定に係る体制等に関する届出書（別紙2）
 - ⑥ 介護給付費の算定に係る体制等状況一覧表（参考様式8通介または参考様式8密着型通介）
 - ⑦ 誓約書（参考様式9-1）
- ※4 提出の際には、申請者控えを1部ご用意ください。

様式第69号の2(第51条の2、第51条の14、第51条の18の2、第51条の19、第51条の25、第51条の33関係)

指定地域密着型サービス事業所指定
 指定地域密着型介護予防サービス事業所指定
 指定居宅サービス事業所指定
 指定介護予防サービス事業所指定
 指定居宅介護支援事業者指定
 指定介護老人福祉施設指定
 介護老人保健施設開設許可
 介護医療院開設許可

申請書

令和〇年〇月〇日

堺市長殿

主たる事務所の所在地 堺市〇区〇町一丁2番3号
 〇ビル301号

申請者 名称 株式会社 ××××
 代表者職氏名 代表取締役 堺 太郎

介護保険法に規定する事業所・施設に係る指定・開設許可を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ	カブシキガイシャ ××××					
	名称	株式会社 ××××					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 500 - ××××) 堺市〇区〇町一丁2番3号 (ビルの名称等) 〇ビル301号					
	連絡先	電話番号	072-×××-××××	ファックス番号	072-×××-××××		
		E-mail	×××@×××.jp				
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナサカイ タロウ 氏名 堺 太郎	生年月日 昭和〇年〇月〇日		
		代表者の住所	(郵便番号 500 - ××××) 大阪府〇〇市〇〇町二丁3番4号				
指定(開設許可)を受けようとする事業	同一所在地において行う事業等の種類		実施事業等	指定(許可)申請をする事業等の事業開始予定年月日	既に指定(許可)を受けている事業等の指定年月日	様式	
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護					付表1
		地域密着型通所介護					付表22
		認知症対応型通所介護					付表2
		小規模多機能型居宅介護					付表3
		認知症対応型共同生活介護					付表4
		地域密着型特定施設入居者生活介護					付表5
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護					付表6
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護					付表20
看護小規模多機能型居宅介護					付表21		

所・施設の種類	サービス	地域密着型	介護予防認知症対応型通所介護					付表2	
		介護予防	介護予防小規模多機能型居宅介護					付表3	
		介護予防	介護予防認知症対応型共同生活介護					付表4	
	指定居宅サービス		訪問介護						付表7
			訪問入浴介護						付表8
			訪問看護						付表9
			訪問リハビリテーション						付表10
			居宅療養管理指導						付表11
			通所介護	◎	RXX.XX.XX				付表12
			通所リハビリテーション						付表13
			短期入所生活介護						付表14
			短期入所療養介護						付表15
			特定福祉用具販売						付表16
			特定施設入居者生活介護						付表17
			福祉用具貸与	○			HXX.XX.XX		付表18
	居宅介護支援事業								付表19
	指定介護予防サービス		介護予防訪問入浴介護						付表8
			介護予防訪問看護						付表9
		介護予防訪問リハビリテーション						付表10	
		介護予防訪問看護ステーション						付表11	
		介護予防短期入所療養介護						付表13	
		特定介護予防福祉用具販売						付表14	
		介護予防特定施設入居者生活介護						付表15	
		介護予防福祉用具貸与						付表16	
施設		介護老人福祉施設						付表17	
		介護老人保健施設						付表18	
		介護医療院						付表6	
介護保険事業所番号			(既に指定を受けている場合)						
指定を受けている他市町村名			大阪市						
医療機関コード等									

同一所在地で既に指定を受けている事業所がある場合は、当該事業所の事業者番号を記載。

同一所在地で既に指定を受けている事業とこれから申請する事業をそれぞれ記載。同時期に指定申請を受けられる場合は、当該申請書で指定を受ける事業の方を◎で、併設する予定の事業の方を○で記載。

堺市外で今回申請する事業所以外に既に指定を受けている場合は、事業所の所在地の市町村名を記載。(堺市内のみで指定している場合は記載不要。)

申請内容の問い合わせの際、連絡のつく電話番号を記載してください。

備考

- 「実施事業等」欄は、申請する事業等の欄に「○」を記入してください。ただし、既に指定又は開設許可を受けている事業等がある場合は、今回申請するものについて「◎」を、その他について「○」を、該当する欄に記入してください。
- 「指定許可申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に記入してください。
- 「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は、介護保険法による指定又は開設許可をされた年月日を記入してください。
- 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションと重複している場合は、そのコードを「医療機関コード等」欄に記入してください。複数のコードを有する場合は、適宜様式を補正して、その全てを記入してください。

担当者	堺	連絡先	06-123-4567
-----	---	-----	-------------

堺市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定申請書

令和〇年〇月〇日

堺市長殿

所在地 堺市〇区〇町一丁2番3号〇ビル301号
 申請者 名称 株式会社 ××××
 代表者職氏名 代表取締役 堺 太郎

介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する第1号事業の指定を受けたいので、堺市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する要綱第3条第1項の規定により次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ	カブシキガイシャ ××××				
	名称	株式会社 ××××				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 500 - ××××) 堺市〇区〇町一丁2番3号 (ビルの名称等) 〇ビル301号				
	連絡先	電話番号	072-×××-××××	ファクス番号	072-×××-××××	
法人の種別	株式会社	法人所轄庁				
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ	サカイ タロウ	生年月日	昭和〇年〇月〇日
			氏名	堺 太郎		
	代表者の住所	(郵便番号 500 - ××××) 大阪府〇〇市〇〇町二丁3番4号				
指定を受けようとする事業所の種類	事業所等の所在地	(郵便番号 5×× - ××××) 堺市〇区〇〇町四丁5番6				
	同一所在地において行う事業の種類	堺市介護予防訪問サービス				
		堺市介護予防通所サービス				
			◎	RXX.XX.XX		

法人登記事項証明書上の法人名称、所在地、代表者職名、氏名、住所(住所の表記は法人登記事項証明書の記載通りに記載してください)

同一所在地で既に指定を受けている事業とこれから申請する事業をそれぞれ記載。同時期に指定申請を受けられる場合は、当該申請書で指定を受ける事業の方を◎で、併設する予定の事業の方を○で記載。

同一所在地において行う事業の種類	事業の種類	実施事業	事業開始予定年月日	指定年月日
	訪問介護	○		HXX.XX.XX
	通所介護	◎	RXX.XX.XX	
	地域密着型通所介護			

同一所在地で既に指定を受けている事業所がある場合は、当該事業所の事業者番号を記載。

介護保険事業所番号 _____ (既に指定を受け
 指定を受けている他市町村名 _____

堺市外で今回申請する事業所以外に既に指定を受けている場合は、事業所の所在地の市町村名を記載。(堺市内のみで指定している場合は記載不要。)

には記載しないでください。
 易場合に、社会福祉法人、医療法人、一般社団法人、一般財団法人、株式会社
 ある場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 既に指定又は開設許可を受けているものについて、該当する欄に「○」を記

- 5 「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。
- 6 「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。

事業所	フリガナ	マルバツカイゴサービス													
	名称	〇×介護サービス													
	所在地	(郵便番号 5×× -××××) 堺市〇区〇〇町四丁5番6号													
	連絡先	電話番号	072-×××-××××				FAX番号	072-×××-××××							
	Email	〇〇@sakai.g.jp													
管理者	フリガナ	サカイ ハナコ				住所	(郵便番号 5×× -××××) 堺市〇区××町六丁10番11号								
	氏名	堺 花子													
	生年月日	昭和△年△月△日													
		他の職務との兼務の状況 (兼務がある場合のみ記入)													
		当該通所介護・介護予防通所サービス事業所内での他の職務との兼務	職種	兼務の場合のみ記載。											
		同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務	事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類の兼務する職種及び勤務時間												
実施単位数	2 単位	同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限										20 人			
単位ごとの状況		1 単位目				2 単位目				合計					
	定員	20 人				15 人				20 人					
	食堂及び機能訓練室の合計面積	66 m ²				66 m ²				66 m ²					
単位別情報 (1 単位目)	※2 単位目以降は、別紙に記載し、添付すること														
	従業者		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		栄養職員		歯科職員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
			常勤(人)	1				1		1					
		非常勤(人)	1		2	1		2			1				
	定員	20 人				食堂及び機能訓練室の合計面積				60 m ²					
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間 の休日	1/3				
	営業時間	平日	9:00 ~ 17:00				土曜		~						
	送迎を除くサービス提供時間	9:00 ~ 16:30 (7 時間 30 分)													
	宿泊サービスの有無	有り・無し													

備考 1 2 単位以上実施する場合は、別紙に記載し、添付すること。

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に記載した書類を添付すること。

通所介護・介護予防通所サービス事業者の指定に係る記載事項（2単位目以降）

事業所	フリガナ		マルバツカイゴサービス											
	名称		〇×介護サービス											
単位別情報 (2 単位目)	従業者		生活相談員		看護師・准看護師		介護職員		機能訓練指導員		栄養職員		歯科職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)	1				1		1					
		非常勤(人)	1			2	1			2			1	
定員	15 人		食堂及び機能訓練室の合計面積						66 m ²					
営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他	12/30~1/3				
							○		年間の休日					
営業時間	平日	～					土曜	9:00	～ 18:00		日・祝	～		
送迎を除くサービス提供時間			13:00 ～17:00 (4時間00分)											
単位別情報 (単位目)	従業者		生活相談員		看護師・准看護師		介護職員		機能訓練指導員	栄養職員		歯科職員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)												
		非常勤(人)												
定員														
営業日	日	月												
営業時間	平日													
送迎を除くサービス提供時間														
単位別情報 (単位目)	従業者		生活相談員		看護師・准看護師		介護職員		機能訓練指導員	栄養職員		歯科職員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)												
		非常勤(人)												
定員														
営業日	日	月												
営業時間	平日													
送迎を除くサービス提供時間														

2単位以上ある場合は記載してください。

単位とは…
 指定通所介護の単位とは、同時に、一体的に提供される指定通所介護をいうものであることから、例えば、次のような場合は、2単位として扱われ、それぞれの単位ごとに必要な従業者を確保する必要がある。

イ 指定通所介護が同時に一定の距離を置いた2つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているといえない場合

ロ 午前と午後とで別の利用者に対して指定通所介護を提供する場合

備考1 本別紙は、2単位以上実施する場合に、付表12とあわせて使用すること。

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に記載した書類を添付すること。

地域密着型通所介護・介護予防通所サービス事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	マルバツカイゴサービス												
	名称	〇×介護サービス												
	所在地	(郵便番号 5×× -××××) 堺市〇区〇〇町四丁 5 番 6 号												
	連絡先	電話番号	072-×××-××××				FAX番号	072-×××-××××						
	Email	〇〇@sakai.go.jp												
管理者	フリガナ	サカイ ハナコ				住所	(郵便番号 5×× -××××)							
	氏名	堺 花子					堺市〇区××町六丁 10 番 11 号							
	生年月日	昭和△年△月△日												
	他の職務との兼務の状況 (兼務がある場合のみ記入)													
		当該通所介護・介護予防通所サービス事業所内での他の職務との兼務	職種	兼務の場合のみ記載。										
	同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務	事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類の兼務する職種及び勤務時間												
実施単位数	2 単位	同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限							15 人					
単位ごとの状況	1 単位目		2 単位目						合計					
定員	15 人		15 人						15 人					
食堂及び機能訓練室の合計面積	50 m ²		50 m ²						50 m ²					
	一般型		一般型											
単位別情報 (1 単位目)	勤務形態一覧表の「勤務形態」欄と一致するように記載してください。													
	従業者	看護職員		介護職員		機能訓練指導員		栄養職員		歯科職員				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)	1		1	2		1						
	非常勤(人)	1			2									
	定員	15 人		食堂及び機能訓練室の合計面積				50 m ²						
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間	12/30~1/3			
			○	○	○	○	○			の休日				
	営業時間	平日	9:00 ~ 17:00			土曜					日・祝	~		
	送迎を除くサービス提供時間	9:00 ~16:30 (7 時間 30 分)、延長体制 8:00~9:00、16:30~18:00												
協力医療機関 (療養型のみ)	名称					診療科名								
	名称					診療科名								
	名称					診療科名								

- 備考 1 2 単位以上実施する場合は、別紙に記載し、添付すること。
 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に記載した書類を添付すること。

付表 22 別紙

地域密着型通所介護・介護予防通所サービス事業者の指定に係る記載事項（2 単位目以降）

事業所	フリガナ		マルバツカイゴサービス												
	名称		〇×介護サービス												
単位別情報 (2 単位目)	従業者		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		栄養職員		歯科職員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤 (人)	1			1	2			1					
		非常勤 (人)	1				2								
	定員	15 人				食堂及び機能訓練室の合計面積				50 m ²					
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他 年間の休日	12/30~1/3				
								○							
	営業時間	平日	～				土曜	9:00	～		18:00	～			
	送迎を除くサービス提供時間					13:00 ～ 17:00 (4 時間 00 分)									
	単位別情報 (単位目)	従業者		生活相談員										歯科職員	
専従													兼務		
常勤 (人)															
非常勤 (人)															
定員															
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・祝	～				
送迎を除くサービス提供時間															
単位別情報 (単位目)	従業者		生活相談員										職員		
			専従												
		常勤 (人)													
	非常勤 (人)														
	定員	人				食堂及び機能訓練室の合計面積				m ²					
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・祝	～				
送迎を除くサービス提供時間					: ～ :				(時間 分)						

2 単位以上ある場合は記載してください。

単位とは…

指定通所介護の単位とは、同時に、一体的に提供される指定通所介護をいうものであることから、例えば、次のような場合は、2 単位として扱われ、それぞれの単位ごとに必要な従業者を確保する必要がある。

- イ 指定通所介護が同時に一定の距離を置いた 2 つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているといえない場合
- ロ 午前と午後とで別の利用者に対して指定通所介護を提供する場合

備考 1 本別紙は、2 単位以上実施する場合に、付表 22 とあわせて使用すること。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか別に記載した書類を添付すること。

(参考様式 1-2)

正確に
記入して下さい。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (× 年× 月分) 事業開始月から作成してください。 サービスの種類 (通所介護・介護予防サービス)

ここは、当月 1 日の曜日から記入です。

事業所名・施設名 (○×介護サービス)

職 種	務 形 態	資 格	氏 名	第 1 週							第 2 週							第 3 週							第 4 週							4 週 の 合計	週 平 均 の 勤 務 時 間
				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	A		〇〇 〇〇	8a	8a	8a	8a			8a	8a	8a	8a	8a			8a	8a	8a	8a	8a			8a	8a	8a	8a	8a			8a	160	40
生活相談員	A	介護福祉士	□□ □□	8a	8a	8a	8a			8a	8a	8a	8a	8a			8a	8a	8a	8a	8a			8a	8a	8a	8a	8a			8a	160	40
機能訓練指導員	A	理学療法士	△△ △△	8a	8a	8a	8a			8a	8a	8a	8a	8a			8a	8a	8a	8a	8a			8a	8a	8a	8a	8a			8a	160	40
(個別機能訓練体制 I ロ)																																	
看護職員 (兼)	B	看護師	× × ×	4b	4b	4b	4b			4b	4b	4b	4b	4b			4b	4b	4b	4b	4b			4b	4b	4b	4b	4b			4b	80	20
(口腔機能向上体制)																																	
機能訓練指導員 (兼)	B	看護師	× × ×	4C	4C	4C	4C			4C	4C	4C	4C	4C			4C	4C	4C	4C	4C			4C	4C	4C	4C	4C			4C	80	20
(個別機能訓練体制 I イ)																																	
(運動器機能向上体制)																																	
介護職員	A		●○ □△	8a	8a	8a	8a			8a	8a	8a	8a	8a			8a	8a	8a	8a	8a			8a	8a	8a	8a	8a			8a	160	40
介護職員	A		●△ △△	8a	8a	8a	8a			8a	8a	8a	8a	8a			8a	8a	8a	8a	8a			8a	8a	8a	8a	8a			8a	160	40
介護職員	C		△□ ●○	4d	4d	4d	4d			4d	4d	4d	4d	4d			4d	4d	4d	4d	4d			4d	4d	4d	4d	4d			4d	80	20

通所介護で勤務しない日に併設する訪問介護等に勤務している場合は、各事業所の非常勤となるため、非常勤と記載してください。

$(20 - 15) \div 5 + 1 = 2$ $2 \times 8h = 16h$
16時間以上の介護職員の配置が単位ごとに必要

- 常勤の勤務時間 a 9:00~18:00 内1時間休憩 8時間勤務
- その他の勤務時間 b 9:00~11:00、13:00~15:00 4時間勤務
c 11:00~12:00、15:00~18:00 4時間勤務
d 9:00~13:00 4時間勤務
- ・実施単位 (1 単位目 / 2 単位) 利用者の定員 (20 人)
- ・営業日 (月曜日 ~ 金曜日 祝日含む・除く)

- ・サービス提供時間帯 (9:30 ~ 17:30 (8 間 00 分))
- ・延長体制 (~)

備考 1 備考 1 *欄には、当該月の曜日を記入してください。
 2 複数単位実施する場合は、単位ごとに作成してください。
 3 従業者全員 (管理者を含む) について、4 週間分の勤務時間数及び勤務の区分を記入してください。
 4 職種ごとに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
 常勤とは、雇用形態に関わらず、当該事業所における勤務時間が、当該事業所で定められている常勤の従業者が勤務すべき時間 (32 時間未満は 32 時間が基本) に達していること。
 5 同一敷地内の他の事業や複数単位での兼務がある場合は、その兼務関係がわかる組織体制図を添付してください。

社会福祉事業等の事業所用

社会保険及び労働保険への加入状況にかかると確認票

貴事業所の現状等について、下記の項目に回答してください。

I. 現在、厚生年金保険・健康保険に加入していますか。
(該当する番号に○を付してください。また、必要事項をご記入ください。)

加入状況									
1	<p>加入している。 →下記のいずれかの書類の写しを提出してください。(提示も可)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●保険料の領収証書 ●社会保険料納入確認書 ●健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書 ●健康保険・厚生年金保険適用通知書 <p>※上記書類を所持していない場合には事業所整理記号を下記に記載するのみで可。 (本社等にて加入手続が行われている場合も事業所整理記号を下記に記載するのみで可。)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4	5	6	7	8		
2	現在、加入手続中である。								
3	<p>今後、加入手続を行う。 (申請から3ヶ月以内に適用要件(法人事業所または従業員5人以上の個人事業所)に該当する予定の場合を含む。) 令和()年()月頃に手続予定。(申請から3ヶ月以内の年月をご記入ください。)</p>								
4	適用要件に該当しない。(個人事業所(法人ではない事業所)であって従業員が4名以下の場合。申請から3ヶ月以内に適用要件に該当する予定がない。)								
5	適用要件に該当するか不明である。 (個人事業所(法人ではない事業所)であって、正社員と、正社員以外で1週間の所定労働時間及び1ヶ月の所定労働日数が同じ事業所で同様の業務に従事している正社員の4分の3以上である者との合計が5人以上か不明な場合。)								

法人は対象外です

II. 現在、労働者災害補償保険・雇用保険に加入していますか。
(該当する番号に○を付してください。また、必要事項をご記入ください。)

加入状況																
1	<p>加入している。 →下記のいずれかの書類の写しを提出してください。(提示も可)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●労働保険概算・確定保険料申告書 ●納付書・領収証等 ●保険関係成立届 <p>※上記書類を所持していない場合には労働保険番号を下記に記載するのみで可。 (本社等にて加入手続が行われている場合も労働保険番号を下記に記載するのみで可。)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>1</td><td>2</td><td>-</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	-	3	4	5
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	-	3	4	5		
2	現在、加入手続中である。															
3	<p>今後、加入手続を行う。(申請から3ヶ月以内に従業員(パート・アルバイトを含む)を雇う予定がある場合を含む。) 令和()年()月頃に手続予定。(申請から3ヶ月以内の年月をご記入ください。)</p>															
4	適用要件に該当しない。(事業主・役員・同居の親族のみで経営、従業員(パート・アルバイトを含む)がいない、申請から3ヶ月以内に従業員を雇う予定がない。)															

回答年月日 令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

事業所名称 ○○介護サービス

事業所所在地 堺市○区○○町○丁○○番○号

会社等法人番号 ○○○○○

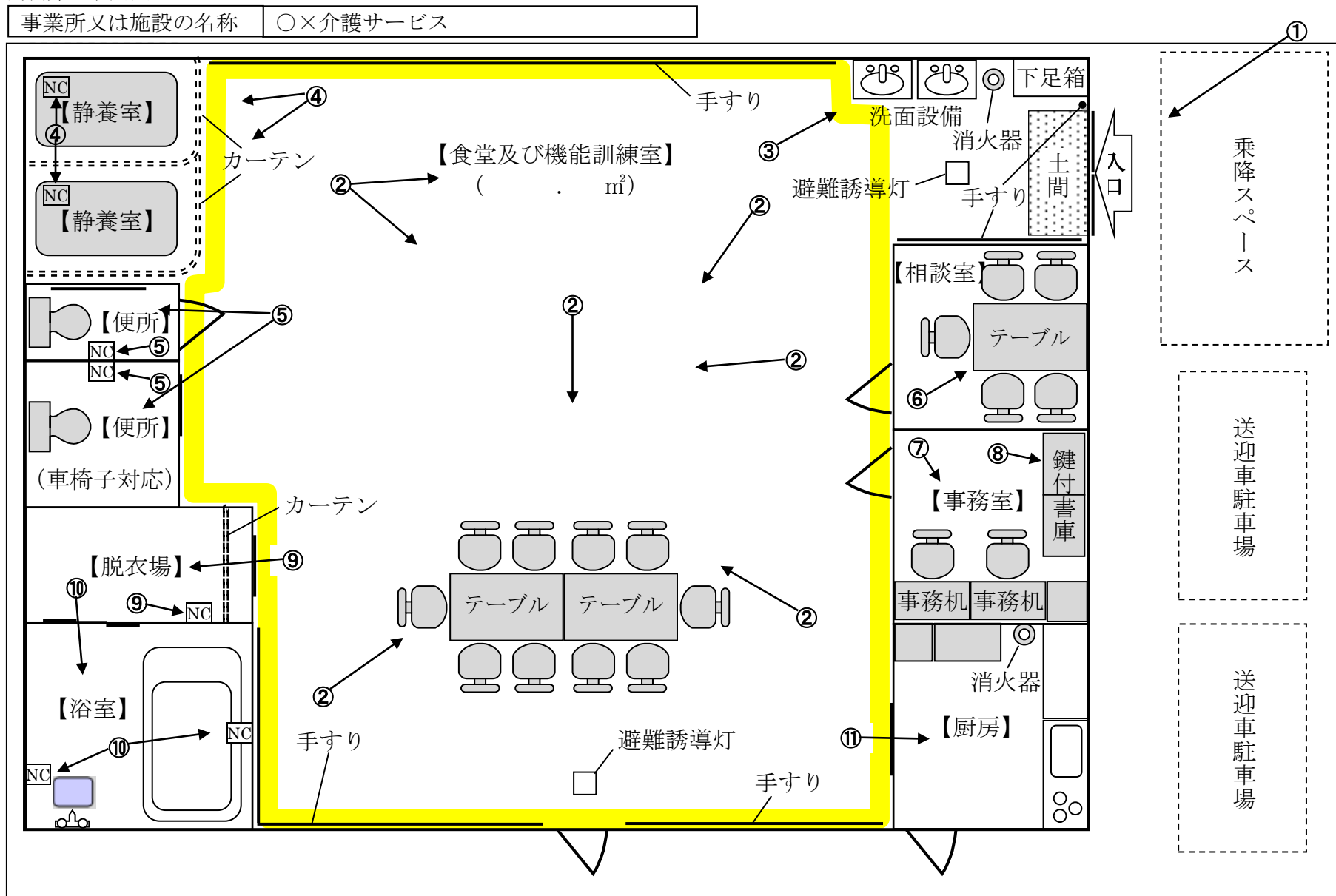
担当者名 ○× ○△

※ 事業主の皆様には、全ての法令を遵守していただきたいと考えています。社会保険・労働保険の適用が確認できない場合は、厚生労働省からの依頼に基づき、厚生労働省に情報提供いたします。

※ 社会保険・労働保険の適用促進以外の目的では使用いたしません

参考様式3【記入例】

事業所の平面図



※ マル数字及び矢印は、写真の撮影方向を示します。

●平面図及び写真の注意事項

参考様式5『設備・備品等一覧表』に記載する品目及び数量が確認できるよう、平面図には部屋ごとに机・イス等の備品及び手すり・ナースコールの位置を記載し、写真の番号や撮影方向を記入のうえ写真でも確認できるようにしてください。

- 例中①：**建物入口及び乗降スペース**…建物の外観及び事業所入口（建物の全景や入口までの動線、事業所名が見える状態）、乗降スペース（敷地内で送迎車への乗降が行える状態）が確認できること。
- 例中②：**食堂及び機能訓練室**…範囲をマーカー等で囲い有効面積（内法）及び机・イス（利用定員分）、洗面設備等の配置場所や数量が確認できること。また適所に手すりが設置されていることが確認できること。
- 例中③：**洗面設備**…消毒石鹸等を備え（誤飲防止を行っておく）、感染症防止のため共用タオルは使用していないこと及び蛇口が利用者の使用しやすいもの（自動水栓かレバー式）になっていることが確認できること。
- 例中④：**静養室**…複数のベッド又は布団が配置され、それぞれの使用しやすい位置にナースコールを置き、プライバシー保護のためカーテンなどで間仕切れることが確認できること。
- 例中⑤：**便所**…扉は内開きになっていないこと及び鍵が外からも容易に開錠できることが確認できること。また、手すりやナースコールを適所に設置していることが確認できること。
- 例中⑥：**相談室**…プライバシー保護のため、個室又は相談者の顔が見えないようにパーテーション等により仕切られた区画で、利用者やその家族からの相談ができるよう机・イス（複数必要）が配置されていることが確認できること。また、相談中に対応者以外の者が入室しないよう書庫などを置いていないことが確認できること。
- 例中⑦：**事務室**…机・イスが管理者及び生活相談員の分を確保し、事務室内で鍵付書庫を配置していること及び個人情報漏れないことが確認できること。
- 例中⑧：**鍵付書庫**…保管しているファイルの個人名等が外から見えないようになっており、施錠できること（鍵が付いている状態）が確認できること。
- 例中⑨：**脱衣場**…扉を開けた際に脱衣室内が見えないように出入口付近に暖簾等の目隠しを設けて、手すりやナースコールを適所に設置していることが確認できること。また、換気設備（窓も可）が備えられていることが確認できること。
- 例中⑩：**浴室**…出入口に段差が無く、手すりやナースコールを適所に設置していることが確認できること。また、湯温管理盤については利用者の誤操作防止対策が講じられていることが確認できること。
- 例中⑪：**厨房**…火気使用部分の不燃対策、食器・調理器具の保管場所、冷蔵庫・電子レンジ等の設備、食品庫の衛生的配慮が確認できること。また、食材等の搬出入が安全面・衛生面に配慮されていることが確認できること。
- その他：**ナースコール受信盤**…職員が常時居る場所に設置し、速やかに対応ができることが確認できること。
避難誘導灯及び消火器…消防署の指示通りに設置していることが確認できること。
送迎車…使用しないときは駐車場に停めていることが確認できること。
汚物処理室…設置する場合は、区画されていることと換気扇が確認できること。

- ※ 上記の他、写真の追加を依頼することがあります。
- ※ 事前協議時のチェックリストの各項目が確認できるよう撮影してください。
- ※ 各場所1枚で各項目を確認できない場合は、複数枚撮影してください。
- ※ 事業所内を整理整頓の上、利用者が写ることのないよう注意してください。

設備・備品等一覧表（記入例）

サービス種類 （ 通所介護・介護予防通所サービス ）

事務所名・施設名 （ ○×介護サービス ）

部屋・設備の種類	設備基準と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 (例) 全般	<p>事前協議の（様式3）チェックリストの「項目」をクリアしていることを記入</p> <p>(例) 日照、通風に配慮し、<u>スロープを設置してバリアフリーを配慮して</u>います。</p> <p>食堂兼機能訓練室 出入口廻りは車椅子、歩行器に配慮して幅1mを確保し、床材は滑りにくく、転倒しても怪我をしにくいよう<u>クッションフロア</u>としています。 洗面台は高齢者が使用しやすいよう<u>レバー式</u>とし、衛生面に考慮して、<u>ペーパータオル</u>を使用します。</p>	
非常災害設備等	<p>(例) 施設内各所に消火器、誘導灯を設置している。 消火器 1 誘導灯 1</p>	
備 品		
設置場所	品 名	
事務室	デスク デスク用チェア パソコン 鍵付書庫 コピー機 FAX 電話	2 3 1 1 1 2
食堂兼機能訓練室	テーブル イス	3 <u>12</u>
相談室	机 イス	1 2
静養室	ベッド	2
その他	送迎車	1

事前協議の（様式3）チェックリストの「居室等」の欄を参照

(例)
静養室
相談室
浴室・脱衣室
トイレ

以上の部屋の設備について、全て作成してください。

定員数以上は最低必要

事前協議（様式3）のチェックリストの「居室等」及び「事務室」を設置場所として、各場所における備品を記入してください。（図面、写真と一致させてください。）

【参考資料・運営規程】

※ この運営規程の例は、あくまでイメージであり、各項目の記載の方法・内容については、事業所の実情に応じて作成してください。(指定通所介護・指定介護予防通所サービスと共用で使用可。指定地域密着型通所介護においては、「指定通所介護」とある部分を「指定地域密着型通所介護」とすること。)

運営規程の例	作成に当たっての留意事項等
<p style="text-align: center;">△△△△指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕 事業運営規程</p> <p>(事業の目的)</p> <p>第1条 *****が設置する△△△△△(以下「事業所」という。)において実施する指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕事業(以下「事業」という。)の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、当該事業を行う事業所ごとに置くべき従事者(以下「通所介護〔介護予防通所サービス〕従事者」という。)が、要介護状態〔要支援状態〕の利用者に対し、適切な指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕を提供することを目的とする。</p> <p>(指定通所介護運営の方針)</p> <p>第2条 指定通所介護の提供にあたって、要介護状態の利用者に可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。</p> <p>2 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。</p> <p>3 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。</p> <p>4 事業の実施に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。</p> <p>5 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとする。</p> <p>6 指定通所介護の提供にあたっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めるものとする。</p> <p>7 自ら提供する指定通所介護の質の評価を行い、常にその改善</p>	<p>※1つのサービスのみを行う場合は、必ず不要な項目を消しておくこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「△△△△△」は、事業所の名称を記載する。 ・「*****」は、開設者名(法人名)を記載する。 ・「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)及び当該条例が引用している、 ・「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」(平成11年厚生省令第37号) ・「指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準」(平成18年厚生労働省令第34号)を参照の上、事業の運営に関する基本方針及び基本取扱方針、具体的取扱方針を記載する。 ・第2条第5項については令和6年3月31日までの間は努力義務とする経過措置あり。

を図るものとする。

- 8 指定通所介護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者へ情報の提供を行うものとする。
- 9 前8項のほか、「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）に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

（指定介護予防通所サービス運営の方針）

第3条 事業所が実施する事業は、日常生活上の世話及び機能訓練等の介護を通じて、利用者の自立を支援し、生活の質の向上に資するサービス提供を行い、利用者の意欲を高めるような適切な働きかけを行うとともに、利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行うこととする。

- 2 事業の実施に当たっては、指定介護予防通所サービスの実施手順に関する具体的方針として、サービス提供の開始に当たり、利用者の心身状況等を把握し、個々のサービスの目標、内容、実施期間を定めた個別計画を作成するとともに、個別計画の作成後、個別計画の実施状況の把握（モニタリング）をし、モニタリング結果を指定介護予防支援事業者へ報告することとする。
- 3 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。
- 4 事業の実施に当たっては、利用者の心身機能、環境状況等を把握し、介護保険以外の代替サービスを利用する等効率性・柔軟性を考慮した上で、利用者の意思及び人格を尊重しながら、利用者のできることは利用者が行うことを基本としたサービス提供に努めるものとする。
- 5 事業の実施に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。
- 6 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとする。
- 7 指定介護予防通所介護サービスの提供にあたっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めるものとする。
- 8 前7項のほか、「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」に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

・「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を定める要綱」を参照の上、事業の運営に関する基本方針及び基本取扱方針、具体的取扱方針を記載する。

・第3条第6項については令和6年3月31日までの間は努力義務とする経過措置あり。

(事業の運営)

第4条 指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕の提供に当たっては、通所介護〔介護予防通所サービス〕従業者によるのみ行うものとし、第三者への委託は行わないものとする。

(事業所の名称等)

第5条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

- (1) 名称 △△△△△
- (2) 所在地 堺市〇〇区〇〇町〇丁（目）〇番〇号

(従業者の職種、員数及び職務の内容)

第6条 事業所における従業者の職種、員数及び職務の内容は次のとおりとする。

(1) 管理者 1名

管理者は、事業所の従業者及び業務の実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕の実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行う。

(2) 通所介護〔介護予防通所サービス〕従業者

通所介護〔介護予防通所サービス〕従業者は、指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕の業務に当たる。

①生活相談員 〇名以上

生活相談員は、事業所に対する指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕の利用の申し込みに係る調整、他の通所介護〔介護予防通所サービス〕従業者に対する相談助言及び技術指導を行い、また他の従事者と協力して通所介護〔介護予防通所サービス〕計画の作成等を行う。

②介護職員 〇名以上

介護職員は、通所介護〔介護予防通所サービス〕計画に基づき、利用者に対して日常生活上の介護を行う。

③機能訓練指導員 〇名以上

機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言を行う。

④看護職員 〇名以上

看護職員は、健康状態の確認及び介護を行う。

⑤栄養職員 〇名以上

栄養職員は、低栄養状態等の改善を目的として、栄養食事相談等の栄養管理を行う。

⑥歯科職員 〇名以上

・所在地は、住居表示のとおりとし、区、町、丁（目）、番、号、ビル名を正確に記載する。

・配置しない職種は消しておく。
なお、記載する場合は、併せて

歯科職員は、口腔機能向上を目的として、口腔清掃の指導・訓練を行う。

(営業日及び営業時間)

第7条 事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。

- (1) 営業日 ○曜日から○曜日までとする。ただし、祝日及び○月○日から○月○日までを除く。
- (2) 営業時間 午前○時から午後○時までとする。
- (3) サービス提供時間 午前○時から午後○時までとする。
※または 1単位目 午前○時から午後○時までとする。
2単位目 午前○時から午後○時までとする。
- (4) 延長サービス可能時間帯 提供前 ○時～○時
提供後 ○時～○時

(利用定員)

第8条 事業所の利用定員は、1日○○名(1単位目○名、2単位目○名)とし、利用定員を超えて指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕の提供は行わない。

(指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕の内容)

第9条 指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕の内容は、次に掲げるもののうち通所介護〔介護予防通所サービス〕計画に基づき必要と認められるサービスを行うものとする。

- (1) 身体介護に関すること
日常生活動作能力の程度により、必要な支援及びサービスを提供する。
(健康チェック、排泄の介助、移動・移乗動作の介助、養護、その他必要な身体の介護)
- (2) 機能訓練に関すること
体力や機能の低下を防ぐために必要な訓練及び日常生活に必要な基本的動作を獲得するための訓練を行う。
- (3) アクティビティ・サービスに関すること
利用者が、生きがいのある快適で豊かな日常生活を送ることができるよう、アクティビティ・サービスを実施する。これらの活動を通じて仲間づくり、老いや障害の受容、心身機能の維持・向上、自信の回復や情緒安定を図る。
(レクリエーション、体操、音楽活動、制作活動、行事的活動等)
- (4) 生活指導(相談・援助等)に関すること
利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談および助言を行う。
- (5) 送迎に関すること

「勤務形態一覧表」にも記載が必要。

- ・営業日及び営業時間は、利用者からの相談や利用受付等が可能な時間を記載する。
- ・利用者に対するサービス提供が可能な時間を記載する。
- ※単位数毎のサービス提供時間を記載する。
- ・8時間以上9時間未満の通所介護の前後に連続して延長サービスを行う場合は、サービス提供時間とは別にその可能時間帯を記載する。延長サービス(9時間以上連続したサービス)を行わない場合は消しておく。
- ・内容については、あくまで例示であり、事業所の実態に応じて記載すること。

送迎を必要とする利用者に対し送迎サービスを提供する。
送迎車両には**通所介護〔介護予防通所サービス〕**従事者が添乗し必要な介護を行う。

(送迎、移動・移乗動作の介助)

(6) 給食サービス【付加サービス】

給食を希望する利用者に対して、必要な食事のサービスを提供する。

(配膳下膳の介助、食事摂取の介助、その他必要な食事の介助)

(7) 入浴サービス【付加サービス】

家庭において入浴することが困難な利用者に対して、必要な入浴サービスを提供する。

(衣類着脱の介護、身体の清拭、整髪、洗身、その他必要な入浴の介助や見守りの援助)

(8) 延長サービス【付加サービス】

利用者側の都合により、指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕の前後に連続して日常生活の世話を提供する。

(利用料等)

第 10 条 **指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕**を提供した場合の利用料の額は、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(平成 12 年厚生省告示第 19 号)及び「堺市介護予防・日常生活支援総合事業に要する費用の額の算定に関する基準」に定める額(以下「居宅介護サービス費用基準額等」という。)とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、居宅介護サービス費用基準額等から当該**指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕**事業者を支払われる**居宅介護サービス費〔第一号サービス費〕**の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。

なお、法定代理受領以外の利用料については、居宅介護サービス費用基準額等に定める額によるものとする。

2 次条に定める通常の事業の実施地域を越えて送迎を行った場合の交通費は、次の額とする。

(1) 事業所から片道〇〇キロメートル未満 〇〇〇円

(2) 事業所から片道〇〇キロメートル以上 〇〇〇円

3 **食事の提供に要する費用については、〇〇円を徴収する。**

4 おむつ代については、実費相当額を徴収する。

5 その他、**指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕**において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用については実費を徴収する。

6 前 5 項の利用料等の支払を受けたときは、利用料とその他の費用(個別の費用ごとに区分)について記載した領収書を交付

・サービスを行わない項目は消しておく。

・地域密着型通所介護においては、「指定地域密着型サービスに関する費用の額の算定に関する基準」(平成 18 年厚生労働告示第 126 号)とすること。

・百分率による割引率を設定する場合は、36 頁の例により記載すること。

・交通費の徴収は、実費の範囲で設定する。徴収しない場合は消しておくこと。

なお、通常の実施地域に係る交通費は、介護報酬に含まれる。

・実費相当額の徴収については、重要事項説明書等に具体の金

する。

- 7 指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用料並びにその他の費用の内容及び金額に関し事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名を受けることとする。
- 8 費用を変更する場合には、あらかじめ、前項と同様に利用者又はその家族に対し事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名を受けることとする。
- 9 法定代理受領サービスに該当しない指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕に係る利用料の支払いを受けた場合は、提供した指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付する。

(通常の事業の実施地域)

第 11 条 通常の事業の実施地域は、堺市全域、大阪市××区(通所介護のみ)、〇〇市(通所介護のみ)の区域とする。

(業務継続計画の策定等)

第 12 条 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

- 2 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとする。
- 3 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

(衛生管理等)

第 13 条 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じるものとする。

2 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。

額を記載することが望ましい。

・原則として、市町村単位(堺市、大阪市は区単位)で連続した範囲で設定する。地域密着型通所介護及び介護予防通所サービスは堺市内に限る。

※やむを得ず区より小さい単位で定める場合(河川や鉄軌道により分断されている等)は、町名一覧表と範囲を示した地図を運営規程に添付すること。

・第 12 条第各項については令和 6 年 3 月 31 日までの間は努力義務とする経過措置あり。

・第 13 条第 2 項各号については令和 6 年 3 月 31 日までの間は努力義務とする経過措置あり。

(2) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。

(3) 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

3 労働安全衛生法及びその他関係法令の定めるところにより、事業所の従業者に対し感染症等に関する基礎知識の習得に努めるとともに、年1回以上の健康診断を受診させるものとする。

(サービス利用に当たっての留意事項)

第14条 利用者は**指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕**の提供を受ける際には、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態等を通所介護従業者に連絡し、心身の状況に応じたサービスの提供を受けるよう留意する。

(緊急時等における対応方法)

第15条 **指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕**の提供を行っているときに利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じるとともに、管理者に報告する。主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じるものとする。

2 利用者に対する**指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕**の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとする。

3 前項の事故の状況及び事故に際して行った処理について記録するものとする。

4 利用者に対する**指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕**の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うものとする。

(非常災害対策)

第16条 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、**年〇回**定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。

2 事業所は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めるものとする。

(苦情処理)

第17条 **指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕**の提供に係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講じるものとする。

・機能訓練室を利用する際の注意事項等、利用者側が留意すべき事項を記入する。

・事業所で定めた緊急時の対応方法を記載する。

・非常災害訓練等を定期的に行う回数を記載する。
(年2回以上)

※重要事項説明書及び事務所内掲示においては苦情窓口として事業所担当者、市町村担当課

2 事業所は、提供した**指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕**に関し、介護保険法第 23 条の規定等により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村からの質問若しくは照会に応じ、及び市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとする。

3 事業所は、提供した**指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕**に係る利用者及びその家族からの苦情に関して国民健康保険団体連合会の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとする。

(個人情報の保護)

第 18 条 事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとする。

2 事業者が得た利用者の個人情報については、事業者による介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については事前に利用者又はその代理人の了解を得るものとする。

3 利用者以外の者（家族等）の個人情報を利用する可能性がある場合も同様とする。

(虐待防止に関する事項)

第 19 条 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の**発生又はその再発を防止**するため次の措置を講ずるものとする。

(1) **虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る**

(2) **虐待防止のための指針の整備**

(3) **虐待を防止するための定期的な研修の実施**

(4) **前 3 号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置**

2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

（堺市であれば各保健福祉総合センター地域福祉課と介護保険課）、国民健康保険団体連合会を記載しておくこと。

・ **第 19 条第 1 項各号については令和 6 年 3 月 31 日までの間は努力義務とする経過措置あり。**

指定地域密着型通所介護においては、下表の規定を加えてください。

(その他運営に関する留意事項)

第20条 事業所は、全ての通所介護従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じるものとする。また、従業者の資質向上のために研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務の執行体制についても検証、整備する。

(1) 採用時研修 採用後○ヵ月以内

(2) 継続研修 年○回

2 従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。

3 事業所は、従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。

4 事業所は、適切な指定通所介護〔指定予防通所サービス〕の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより通所介護従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

5 事業所は、指定通所介護〔指定介護予防通所サービス〕に関する諸記録を整備し、その完結の日から2年間（サービス提供記録は提供の日から5年間）は保存するものとする。

6 この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は***と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

附 則

この規程は、令和○年○月○日から施行する。

附 則

この規程は、令和○年△月□日から施行する。

・認知症介護に係る基礎的な研修の受講に関しては令和6年3月31日までの間は努力義務とする経過措置あり。

・継続研修は、年度ごとに研修計画を策定したうえで毎月または数ヶ月に1回定期的を実施すること。また、年に1回は必ず高齢者虐待防止の研修を行うこと。

・「*****」は、開設者名（法人名）を記載する。

・指定予定年月日を記載する。

※運営規程の変更を行った場合は、履歴を追加していく（変更年月日を記載する）こと。

指定地域密着型通所介護においては、第 20 条を第 21 条とし、第 20 条として下表の規定を加えてください。

(地域との連携等)

第 20 条

- 1 指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、事業所が所在する日常生活圏域の地域包括支援センターの職員、指定地域密着型通所介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下この項において「運営推進会議」という。）を設置し、おおむね 6 月に 1 回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設ける。
- 2 前項の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成して保存するとともに、当該記録を公表する。
- 3 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図る。

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設の名称	○×介護サービス	申請書に記載した事業所名を記入してください。
申請するサービスの種類	通所介護・介護予防通所サービス	

地域密着型通所介護の場合は「地域密着型通所介護」としてください。

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)、担当者の設置等

- ・相談及び苦情に関する常設の窓口を設置し、相談担当者を設けている。
常設窓口：電 話 00-0000-0000 FAX 00-0000-0000
担当者：〇〇 〇〇又は〇〇 〇〇

※利用者にはこの内容の印刷物を配布し、周知する予定にしている。

- ・相談及び苦情の内容について、「相談苦情対応シート」を作成している。
- ・担当者が不在の場合、誰もが対応可能なようにするとともに、確実に担当者に引き継ぐ体制を敷いている。

2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ・苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行う。
- ・管理者は、介護職員等に事実関係の確認を行う。
- ・相談担当者は、把握した状況をスタッフとともに検討を行い、時下の対応を決定する。
- ・対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行う。(時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡する。)

3 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等(居宅介護支援事業者の場合のみ記入)

居宅サービスを申請する場合は、記入の必要はありません。

4 その他参考事項

- ・事業所において処理し得ない内容についても、行政窓口等の関係機関との協力により適切な対応方法を利用者の立場にたって検討し、対処する。

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入してください。

割引率を設定する場合

1 対象サービス

訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型通所介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護老人福祉施設、介護予防訪問サービス、介護予防通所サービス

2 設定方法

- (1) 事業所ごと、介護サービスの種類ごとに「厚生労働大臣が定める基準」における単位に対する百分率による割引率(〇〇%)を設定する。

【割引率を設定した場合の保険請求及び利用者負担額(例)】

「厚生労働大臣が定める基準」で100単位の介護サービスを提供する際に、5%の割引を行う場合(その他地域「1単位=10円」の場合)

事業所毎、介護サービス種類毎に定める割引率(5%)を100単位から割り引いた95単位を基に、保険請求額及び利用者負担額が決定される。

保険請求額 : $(100 \text{ 単位} \times 0.95) \times 10 \text{ 円} / \text{単位} \times 0.9 = 855 \text{ 円}$

利用者負担額: $(100 \text{ 単位} \times 0.95) \times 10 \text{ 円} / \text{単位} - 855 = 95 \text{ 円}$

- (2) 「同じような時間帯に利用者希望が集中するため効率よく訪問できない」などの指摘を踏まえ、ひとつのサービス種類に複数の割引率を弾力的に設定する。

【具体的な設定方法と要件】

1 設定方法

- イ サービス提供の時間帯による複数の割引率の設定(午後2時から午後4時までなど)
- ロ 曜日による複数の割引率の設定(日曜日など)
- ハ 暦日による複数の割引率の設定(1月1日など)

2 割引の実施にあたって満たす必要がある要件

- ① 当該割引が合理的であること。
- ② 特定の者に対し不当な差別的取扱いをしたり、利用者のニーズに応じた選択を不当に歪めたりするものでないこと。
- ③ ケアマネジャーによる給付管理を過度に複雑にしないこと。

3 運営規程の設定

運営規程の利用料を「介護報酬の告示上の額」と定めている事業所は、運営規程の変更届も必要となります。

【通所介護事業で、百分率による割引率を実施する場合の運営規程作成(例)】

【割引率 5%の場合】

(利用料等)

- 第〇条 指定訪問介護を提供した場合の利用料の額は、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」から5%を割引いた額によるものとし、当該指定訪問介護が法定代理受領サービスであるときは、居宅介護サービス費用基準額から当該指定訪問介護事業者を支払われる居宅介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。
- 2 指定訪問介護にかかる法定代理受領以外の利用料については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」から5%を割り引いた額とする。
- 3 指定介護予防訪問サービスを提供した場合の利用料の額は、「堺市介護予防・日常生活支援総合事業に要する費用の額の算定に関する基準」によるものとし、当該指定介護予防訪問サービスが法定代理受領サービスであるときは、第1号サービス費用基準額から当該指定介護予防訪問サービス事業者を支払われる第1号サービス費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。
- 4 指定介護予防訪問サービスにかかる法定代理受領以外の利用料については、「堺市介護予防・日常生活支援総合事業に要する費用の額の算定に関する基準」に定める額とする。

【ひとつのサービス種類に複数の割引率を弾力的に設定する場合の運営規程作成(例)】

(利用料等)

- 第〇条 指定訪問介護を提供した場合の利用料の額は、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」から別表のとおり割引いた額によるものとし、当該指定訪問介護が法定代理受領サービスであるときは、居宅介護サービス費用基準額から当該指定訪問介護事業者を支払われる居宅介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。
- 2 指定訪問介護にかかる法定代理受領以外の利用料については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」から別表のとおり割引いた額とする。
- 3 指定介護予防訪問サービスを提供した場合の利用料の額は、「堺市介護予防・日常生活支援総合事業に要する費用の額の算定に関する基準」によるものとし、当該指定介護予防訪問サービスが法定代理受領サービスであるときは、第1号サービス費用基準額から当該指定介護予防訪問サービス事業者を支払われる第1号サービス費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。
- 4 指定介護予防訪問サービスにかかる法定代理受領以外の利用料については、「堺市介護予防・日常生活支援総合事業に要する費用の額の算定に関する基準」に定める額とする。

《別表 5 の記入例》

<別表> 指定居宅サービス事業所等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について

1 事業所（施設）名

事業所・施設名	
---------	--

2 割引率等

サービス種類	割引率	適用条件
〇〇〇〇 【サービス名を記入】	10%	(例) 毎日 午後 2 時から午後 4 時まで
	5%	(例) 日曜日、祝日
	%	

老人福祉法に基づく居宅生活支援事業等の届出について

介護保険法の居宅サービス等のうち、次のサービス提供を開始する場合は、老人福祉法の適用を受けることとなりますので、「老人居宅生活支援事業開始届」又は「老人デイサービスセンター等設置届」の提出が必要となります。

1 事業開始届又はセンター等設置届

(1) 届出が必要な居宅サービス等

訪問介護、介護予防訪問サービス、通所介護、地域密着型通所介護、介護予防通所サービス、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護

(2) 提出書類

介護保険法のサービス名	届出書類
訪問介護・ 介護予防訪問サービス (共生型含む)	老人居宅生活支援事業開始・変更届 (様式 31 号)
通所介護・ 地域密着型通所介護・ 介護予防通所サービス (共生型含む)	・老人福祉センター等の他の用途に利用されている施設を利用する場合 老人居宅生活支援事業開始・変更届 (様式 31 号) ・単独に施設を設置する場合 老人デイサービスセンター等設置・変更届 (様式 33 号)
短期入所生活介護・ 介護予防短期入所生活介護 (共生型含む)	・特別養護老人ホーム等の施設を共用する場合 老人居宅生活支援事業開始・変更届 (様式 31 号) ・単独に施設を設置する場合 老人デイサービスセンター等設置・変更届 (様式 33 号)

2 記入要領

- 「事業経営者」欄には、法人の所在地、名称並びに代表者の氏名を記載し、事業経営者（法人にあっては、その代表者）が自署しない場合は、代表者印を押印すること。
- 複数の種類の事業を開始する際には、それぞれの種類ごとに作成すること。
- 「職員の職種」欄には、下表に示す職員について記載すること。

事業の種類	職員の職種
老人居宅介護等事業 (訪問介護・介護予防訪問サービス〔共生型含む〕)	サービス提供責任者、訪問介護員
老人デイサービス事業 (通所介護・地域密着型通所介護・介護予防通所サービス〔共生型含む〕)	生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員
老人短期入所事業 (短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護〔共生型含む〕)	医師、生活相談員、看護職員 ^(注) 、介護職員、栄養士、機能訓練指導員

(注) 看護職員とは、看護師・准看護師をいう。

- 「主な職員の氏名」欄には、老人居宅介護等事業にあっては、「管理者、サービス提供責任者」を、それ以外の事業にあっては「管理者」について記載すること。
- 「事業を行おうとする区域」欄は、指定申請に係る通常の実施区域を記載すること。
- 事業の用に供する施設の「種類」欄は、老人デイサービス事業、老人短期入所事業、「入所定員」欄は、老人短期入所事業についてのみ記載すること。

様式第 33 号(第 11 条関係)

老人デイサービスセンター等設置・変更届出書

令和 ×年 ×月 ×日

堺市長殿

事業経営者

住所(所在地) ×市××町×丁目×番×号

氏名(名称) 株式会社××× (※)

(代表者氏名) 代表取締役 ××××

- 1 次のとおり、老人デイサービスセンター等を設置しますので、老人福祉法第 15 条第 2 項の規定により届け出ます。
- 2 次のとおり、老人福祉法第 15 条第 2 項の規定により届け出た事項を変更しましたので、老人福祉法第 15 条の 2 第 1 項の規定により届け出ます。

施設の名 称	○×介護サービス	
施設の種類	老人デイサービスセンター	
施設の所在地	堺市 ○○区 ○○町 ○丁 ○番 ○号	
職員の職種	職務の内容	職員の定数
生活相談員	入浴、食事等の提供及びその介護	2 人
看護職員	健康状態の確認及び介護	2 人
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言	2 人
介護職員	入浴、食事の提供及びその介護	3 人
	合計	7 人
施設の長その他 主な職員の氏名	○○ ×× (管理者)	
事業を行おうとする区域	堺市○区	
老人短期入所施設の入所定員	(記入の必要はありません) 人	
事業開始(変更)予定年月日	令和 ×年 ×月 ×日	

添付書類

- (1) 建物の規模及び構造並びに設備
ア 建物検査済書 イ 建物平面図 (階毎・種類別の数及び面積)

- (2) 施設の長その他主な職員の氏名
(3) 土地及び建物に係る権利関係を明らかにすることができる書類

土地及び建物に係る登記簿に記録されている事項の全部を証明する書面(ただし、建物が未だに登録されていない場合は、建物所有権保存登記誓約書でも可)

- (4) 社会福祉法人等で設置の場合のみ定款その他の基本約款

注意

- 1 (※)において、事業経営者(法人にあっては、その代表者)が自署しない場合は、記名押印をすること。
- 2 変更届出書の場合は、変更の日から 1 月以内に提出すること。

様式第 31 号(第 9 条関係)

老人居宅生活支援事業開始・変更届出書

令和 ×年 ×月 ×日

堺市長殿

事業経営者

住所(所在地) ×市××町×丁目×番×号

氏名(名称) 株式会社××× (※)

(代表者氏名) 代表取締役 ××××

- 1 次のとおり、老人居宅生活支援事業を開始しますので、老人福祉法第 14 条の規定により届け出ます。
 2 次のとおり、老人福祉法第 14 条の規定により届け出た事項を変更しましたので老人福祉法第 14 条の 2 の規定により届け出ます。

開始・変更しようとする事業	種 類	老人居宅介護等事業	
	内 容	通所介護・介護予防通所サービス	
経営者 (市町村・法人)	氏名(名称)	株式会社×××	
	住 所 (事務所の所在地)	×市××町×丁目×番×号	
職員の職種	職務の 内 容		職員の定数
生活相談員	入浴、食事等の提供及びその介護		2 人
看護職員	健康状態の確認及び介護		2 人
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言		2 人
介護職員	入浴、食事の提供及びその介護		3 人
			合計 7 人
主な職員の名	×山×男(管理者)		
事業を行おうとする区域	堺市×区、堺市○区		
老人デイサービス等 事業の用に供する施設	名 称	記載不要	今回申請する通常の事業の実施区域を記載。
	種 類		
	所 在 地		
	入所定員		
事業開始の予定年月日	令和 ×年 ×月 ×日		

添付書類

- (1) 条例、定款そ
 (3) 当該事業に係る事業計画書
- 添付書類は届出不要です。

注意

- 1 (※)において、事業経営者(法人にあっては、その代表者)が自署しない場合は、記名押印をすること。
 2 事業変更届出書の場合は、変更の日から1月以内に提出すること。

記入例 業務管理体制の整備を届け出る場合

第1号様式

受付番号に記入する必要はありません。

受付番号

業務管理体制の整備又は区分の変更に係る届出書

届出日を記入してください。

年月日

事業者の名称、代表者職氏名は登記内容等と一致させてください。

堺市長殿

事業者(法人)番号欄は記入する必要はありません。

事業者名称 南瓦町株式会社
代表者職氏名 代表取締役 堺 一郎

介護保険法第115条の32第2項(整備)又は同条第4項(区分変更)の規定により、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者(法人)番号

業務管理体制を整備し届け出る場合は、(整備)に○を付けてください。

1 届出の内容					
(1)法第115条の32第2項関係 (整備)					
(2)法第115条の32第4項関係 (区分の変更)					
2 事業者	フリガナ	ミナミワタチカブシカイシャ			
	名称	南瓦町株式会社			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号590-0078) 大阪府 堺市 堺区 南瓦町 3番1号			
		(ビルの名称等) ○○ビル			
		電話番号	072-2345-****	FAX番号	072-5678-****
	法人の種別	営利法人・社会福祉法人・社会医療法人・NPO法人・その他 ()			
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	氏名(フリガナ)		生年月日	
	代表取締役	カイ 伊ロウ	堺 一郎		昭和+十年△月□日
代表者の住所	(郵便番号590-0078) 大阪府 堺市 堺区 南瓦町 3番1号				
	(ビルの名称等) ○○ビル				
3 事業所名称等及び所在地	サービス名	事業所名称	指定(許可)年月日	介護保険事業所番号	所在地
	別表のとおり				

事業者の名称、主たる事務所の所在地、法人の種別、代表者の職名、代表者の住所は、登記内容等と一致させてください。

次項の別表の記入要領をご覧ください。

4 介護保険法施行規則第140条の40第1項第2号から第4号に基づく届出事項	第2号	法令遵守責任者の氏名(フリガナ) カイ ハコ 塚 花子	生年月日 昭和〇〇年十月*日
	第3号	業務が法令に適合することを確保するための規程の概要	
	第4号	業務執行の状況の監査の方法の概要	

○ 届け出る事項について該当する番号全てに○を付けて下さい。
 ○ 第2号については、氏名(フリガナ)及び生年月日を記入してください。
 ○ 第3号及び第4号を届け出る場合は、概要等がわかる資料を添付してください。
 添付資料は、A4用紙により、既存資料の写し及び両面印刷したもので構いません。
 (注) 添付資料については、(参考資料)に御留意ください。

5 区分変更	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課	
	事業者(法人)番号	
	区分変更の理由	
	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課	
	区分変更日	年 月 日

業務管理体制を整備し届け出る場合は、5の欄に記入する必要はありません。

連絡先	所属	××	メール アドレス	××@××.jp	電話 番号	072-〇〇〇-〇〇〇
	フリガナ 氏名	サカイ タロウ 塚 太郎				

届出先の行政機関から記載内容等についての連絡を行う場合があるため、この届出に係る連絡先を記入してください。

(別表)

サービス名	事業所名称	指定(許可)年月日	介護保険事業所番号	所在地
<p>○ 介護予防、介護予防支援を含み、「みなし事業所」及び「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防・生活支援サービス事業」を除いた事業所等を記入して下さい。 ○ 欄外に事業所等の合計数を記入して下さい。</p>				
計	か所			

5 通所介護等事業者の申請に必要な書類一覧(チェックリスト)

作成された申請書類及び添付書類の漏れがないかご確認の上、このチェックリストも一緒に提出してください。

確認欄	提出書類	備考
<input type="checkbox"/>	指定等申請書 (通所介護(地域密着型通所介護)を申請する場合または通所介護(地域密着型通所介護)と介護予防通所サービスを同時に申請する場合) ◆事業所所在地が、市街化調整区域・工業専用地域の場合、申請は受付できません。 ◆申請書の内容と法人登記事項証明書の記載内容に相違がないことを確認してください。 ◆登記の目的欄に当該事業に関する記載が必要です。	様式第 69 号の 2
<input type="checkbox"/>	堺市介護予防・日常生活支援総合事業第 1 号事業者指定申請書 (介護予防通所サービスの指定を申請する場合)	様式第 1 号
<input type="checkbox"/>	通所介護・介護予防通所サービス事業者の指定に係る記載事項	付表 12
<input type="checkbox"/>	地域密着型通所介護・介護予防通所サービス事業者の指定に係る記載事項	付表 22
<input type="checkbox"/>	法人登記事項証明書(=履歴事項全部証明書)(写し可) ◆申請にかかる事業を実施する旨の記載があることが必要です。 ◆発行から 3 ヶ月以内のものを添付してください。	
<input type="checkbox"/>	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表 ◆法定労働時間を遵守してください。 ◆人員基準を遵守し、記載例を参照の上作成してください。	参考様式 1-2
<input type="checkbox"/>	社会保険等加入状況確認票	別紙 1
<input type="checkbox"/>	従業員の資格を証明するものの写し ◆従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表に記載の氏名順に並べてください。 ◆職種による資格要件に必要な事項を証明できているか確認してください。	
<input type="checkbox"/>	平面図 ◆各室の名称に記載漏れはないか確認してください。 ◆専用の事務スペースは確保できているか、相談スペースはパーテーション等で遮断できているか確認してください。	参考様式 3
<input type="checkbox"/>	写真 ◆カラー写真を提出してください。 ◆外観の写真、建物入り口から事務所までの経路がわかるものも必要です。	
<input type="checkbox"/>	設備・備品等一覧表	参考様式 5
<input type="checkbox"/>	案内図	

<input type="checkbox"/>	運営規程 ◆堺市の運営規程例を参考にしてください。	
<input type="checkbox"/>	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 ◆苦情処理台帳の整備、常設窓口、担当者の明記が必要です。	参考様式 6
<input type="checkbox"/>	介護給付費（第 1 号事業給付費）算定に係る体制等に関する届出書	別紙 2
<input type="checkbox"/>	介護給付費の算定に係る体制等状況一覧表 （通所介護、介護予防通所サービスの場合）※	参考様式 8 通介
<input type="checkbox"/>	介護給付費の算定に係る体制等状況一覧表 （地域密着型通所介護、介護予防通所サービスの場合）※	参考様式 8 密着型通介
<input type="checkbox"/>	老人居宅生活支援事業開始届又は老人デイサービスセンター等設置届 ◆事業経営者が自署しない場合は、押印が必要です。	様式第 31 号 又は 様式第 33 号
<input type="checkbox"/>	誓約書	参考様式 9-1
<input type="checkbox"/>	業務管理体制の整備に関する届出 （提出先が堺市で、未提出の場合のみ）	第 1 号様式
<input type="checkbox"/>	協力医療機関との契約内容 （療養型のみ）	

※加算を算定する場合は別紙様式、誓約書（加算用）等の添付書類も必要。