

事業者指定申請について

(居宅介護支援)

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 サイズとして下さい。

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について……………2
- 4 指定申請に必要な書類と作成方法……………3
 - 申請書等の記入例等……………7
- 5 居宅介護支援事業者の申請に必要な書類一覧（チェックリスト）……………23

(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

居宅介護支援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

介護保険法に基づく居宅介護支援事業

上記の記載がない場合は、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、「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。)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、堺市基準条例に定める基準を満たしていること。

④ 堺市基準条例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。

「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」(平成11年厚生省令第38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”

⑤ 事業所名称について

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。

⑥ 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。

⑦ 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について

(1) 人員に関する基準

職 種	資格要件	配置基準
管理者	主任介護支援専門員	専らその職務に従事する ^(注1) 常勤 ^(注2) の者1名
介護支援専門員	介護支援専門員	指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の者1名以上 ^(注4)

(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事業以外の職務に従事しないことをいいます。

(注2)「常勤」とは、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)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)介護支援専門員の数は、事業所として担当する利用者数に応じて(利用者の数が35人又はその端数を増すごとに1名)配置してください。うち1名は常勤の者であることが必要です。

なお、事業所で担当できる利用者数については、介護支援専門員数を常勤換算した人数に35件を乗じた件数となります。「常勤換算方法」とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤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)で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいいます。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場合、30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1として取り扱うことが可能です。

(2) 設備に関する基準

設 備	内 容
事業の運営を行うために必要な広さの専用の区画	・事務室 職員、設備備品が収容できる広さを確保すること。 ・相談室 2名以上で利用可能であり、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したものであること。 ・会議室 4名以上で利用可能であり、遮へい物の設置等によりサービス担当者会議等の内容が漏えいしないよう配慮したものであること。
必要な設備・備品	・居宅介護支援事業を実施するために必要な設備・備品 例)机・椅子・鍵付き書庫等

(3) 他のサービス事業を同時に行う場合

他のサービス事業を同事業所内で実施することができます。

この場合、それぞれの事業に必要な人員や設備が確保されている等、居宅介護支援事業の基準及び各サービス事業の基準を同時に満たしていることが必要となります。

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、特段の定めがない限り、A4サイズ(日本工業規格A列4番)としてください。

(2) 申請に必要な書類の説明

- ① 指定等申請書(様式第69号の2)
記入例(7・8頁)をご参照ください。
- ② 指定居宅介護支援事業者の指定に係る記載事項(付表19)
記入例(9頁)をご参照ください。
- ③ 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧(付表19(別紙))
記入例(10頁)をご参照ください。
- ④ 添付書類

ア 申請者の登記事項証明書又は条例等の写し

※	提出書類	様式等	説明
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1-1	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者及び従業者全員の毎日の勤務時間数(4週間分)を記載してください。 ・職種は、管理者、介護支援専門員、その他(事務員等)に区分して記載してください。 ・常勤換算は、管理者・その他(事務員等)を除き、介護支援専門員(管理者を兼務する者を含む)として従事する者の勤務時間数により換算してください。(11頁参照)
<input type="checkbox"/>	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。(12頁参照)
<input type="checkbox"/>	介護支援専門員証の写し又は介護支援専門員登録証明書の写し		<ul style="list-style-type: none"> ・資格証等の写しを「当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧」に記載した氏名の順に並べて提出してください。 ・介護支援専門員が、主任介護支援専門員の資格を有する場合、両方の資格証の提出が必要となります。

ウ 事業所の管理者の経歴書及び資格証等の書類

※	提出書類	様式等	説明
<input type="checkbox"/>	管理者経歴書	参考様式2	<ul style="list-style-type: none"> ・住所、氏名、電話番号、生年月日、主な職歴等を記載してください。 ・指定予定日の職歴も記載してください。 ・当該事業に関する資格を有する場合は、併せて記載してください。

<input type="checkbox"/>	管理者の主任介護支援専門員の資格を証明するものの写し		・介護支援専門員との兼務の場合で、上記イで添付する場合は不要。
--------------------------	----------------------------	--	---------------------------------

エ 事業所の平面図

※	提出書類	様式等	説明
<input type="checkbox"/>	平面図	参考様式3	・当該事業に使用する箇所(事務室、相談室、会議室等)のレイアウト及び備品(机、椅子、鍵付き書庫)の配置及び各部屋の面積がわかるように作成してください。(13頁参照)
<input type="checkbox"/>	写真(カラー写真に限る。)		・事業所の外観(入口等が利用者にとってわかりやすいもの)及び上記平面図で示した箇所の内部の広さや設備・備品等の配置状況がわかる写真をA4の台紙に貼付し、上記平面図に撮影方向を明示した上で添付してください。(13頁参照)
<input type="checkbox"/>	案内図		・最寄駅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。

オ 運営規程

※	提出書類	様式等	説明
<input type="checkbox"/>	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職員の職種、員数及び職務内容 ③営業日及び営業時間 申し込みや相談受付が可能な日・時間を記載してください。また、年間の休日も記載してください。 ④指定居宅介護支援の提供方法、内容及び利用料その他の費用の額 ⑤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。同一市区町村内で詳細に定める場合は、客観的にわかるように定めてください。 ⑥事故発生時の対応 ⑦苦情処理体制 ⑧個人情報の保護に係る事項 ⑨虐待防止に関する事項 ⑩業務継続計画の策定等 ⑪衛生管理 ⑫その他の運営に関する重要事項 (14～18頁参照)

カ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・次の事項について、具体的に記載してください。 <ol style="list-style-type: none"> 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苦情があったサービス事業者に対する対応方針等 ④その他参考事項 (19 頁参照)

キ 関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携内容

※	提出書類	様式等	説明
<input type="checkbox"/>	関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携内容	参考様式 12	<ul style="list-style-type: none"> ・次の事項について具体的に記載してください。 <ol style="list-style-type: none"> ①関係市町村との連携内容 ②他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携内容 ③その他の参考事項(20 頁参照)

ク 当該申請に係る事業に係る居宅介護支援計画費の請求に関する書類

※	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)算定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 居支	<ul style="list-style-type: none"> ・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。

ケ 誓約書

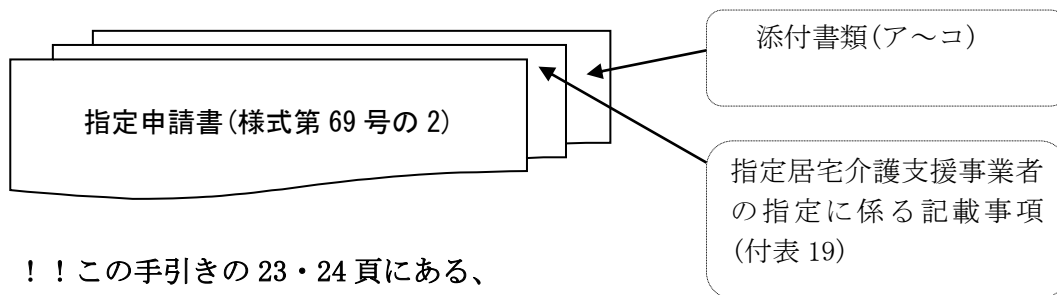
※	提出書類	様式等	説明
<input type="checkbox"/>	誓約書	参考様式 9-1	<ul style="list-style-type: none"> ・「居宅介護支援事業所」に☑をし、署名欄に法人名等を記載してください。

コ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・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、21・22 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。

(3) 申請書類の提出方法

提出に際しては、以下の順番に綴って提出してください。



！！この手引きの 23・24 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 23・24 頁「居宅介護支援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 提出の際には、申請者控えを 1 部ご用意ください。

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 堺市〇区〇町一丁目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 - ××××) 堺市〇区〇町一丁目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目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	地域密着型 介護予防サ ービス	介護予防認知症対応型通所介護				付表2	
		介護予防小規模多機能型居宅介護				付表3	
		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					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		◎	RXX.XX.XX			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	
	介護予防短期入所療養介護					付表11	
	介護予防特定施設入居者生活介護					付表13	
	介護予防短期入所療養介護					付表14	
	介護予防短期入所療養介護					付表15	
	特定介護予防福祉用具販売					付表16	
施設	介護予防特定施設入居者生活介護					付表17	
	介護予防福祉用具貸与					付表18	
	介護老人福祉施設					付表6	
	介護老人保健施設					付表8	
	介護医療院					付表23	
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「○」を記入してください。
- 「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
-----	---	-----	-------------

指定居宅介護支援事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	○×ケアプランセンター			
	名称	○×ケアプランセンター			
	所在地	(郵便番号 540-××××) 堺市○区○○町一丁目○番○号 □□ビル5階 (ビルの場合は、名称、部屋番号を記入)			
	連絡先	電話番号	072-×××-××××	FAX番号	072-××××-×××△
Email		○○@sakai.lg.jp			
管理者	フリガナ	○△ ×□	住所	(郵便番号 540-××××)	
	氏名	○△ ×□		○市○○町二丁目○番○号××マンション201号	
	生年月日	昭和○○年○月○日			
	介護支援専門員登録番号	27××××××	介護支援専門員との兼務の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無	
	同一敷地内の他の事業所の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	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			
利用者の推定数	50人				
従業者	※介護支援専門員の氏名等を別紙に記載し、添付すること。 介護支援専門員		勤務形態一覧表の「勤務形態」欄と一致するよう記載してください。		
			専従	兼務	
	常勤(人)	1	1		
	非常勤(人)	1			
	常勤換算後の人数	2.5			

- 備考 1 介護支援専門員の氏名等を別紙に記載し、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 19(別紙) 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

	氏 名		介護支援専門員登録番号								主任介護支援専門員の資格の有 無		
	フリガナ	氏 名									有 ・ 無		
①	フリガナ	○△ ×□	2	7	×	×	×	×	×	×	○	・	無
	氏 名	○△ ×□											
②	フリガナ	○○ ××	2	7	×	×	×	×	×	×	有	・	○無
	氏 名	○○ ××											
③	フリガナ	○△ □□	2	7	×	×	×	×	×	×	有	・	○無
	氏 名	○△ □□											
④	フリガナ										有	・	無
	氏 名												
⑤	フリガナ										有	・	無
	氏 名												
⑥	フリガナ										有	・	無
	氏 名												
⑦	フリガナ										有	・	無
	氏 名												
⑧	フリガナ										有	・	無
	氏 名												
⑨	フリガナ										有	・	無
	氏 名												
⑩	フリガナ										有	・	無
	氏 名												
⑪	フリガナ										有	・	無
	氏 名												
⑫	フリガナ										有	・	無
	氏 名												
⑬	フリガナ										有	・	無
	氏 名												
⑭	フリガナ										有	・	無
	氏 名												
⑮	フリガナ										有	・	無
	氏 名												
⑯	フリガナ										有	・	無
	氏 名												

- 備 考 1 本別紙は、付表 19 とあわせて使用すること。
 2 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。
 3 8 桁の登録番号を記載すること。

(参考様式1-1)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (年 月分)

事業開始月で作成してください。

サービス種類 (居宅介護支援)

事業所名 (○×ケアプランセンター)

職種	勤務形態	資格	氏名 (*→)	第1週							第2週							第3週							第4週							4週合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数
				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			
				日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土			
管理者兼介護支援専門員	B	主任介護支援専門員	○△ ×□		8a	8a	8a	8a	8a			祝	8a	8a	8a	8a			8a	8a	8a	8a	8a			8a	8a	8a	8a	8a		152	40	
介護支援専門員	A	介護支援専門員	○○ ××		8a	8a	8a	8a	8a			祝	8a	8a	8a	8a			8a	8a	8a	8a	8a			8a	8a	8a	8a	8a		152	40	
介護支援専門員	C	介護支援専門員	○△ □□		5b	5b		5b	5b			祝	5b		5b	5b			5b	5b		5b	5b			5b	5b		5b	5b		75	20	
																																	100	
																																	2.5	

◎介護支援専門員の常勤換算
常勤の週の勤務時間 40 時間
(40+40+20) ÷ 40=2.5(人)

(備考) a: 常勤の勤務時間 9:00-18:00 (うち1時間休憩) 8時間勤務
b: 非常勤の勤務時間 10:00-16:00 (うち1時間休憩) 5時間勤務

【※介護支援専門員が不在の場合は、併設の訪問介護事業所の管理者が連絡調整を行う。】

備考1 *欄は、当該月の曜日を入力してください。

- 2 申請する事業に係る従業者全員(管理者を含む。)について、4週間分の勤務時間数を記入してください。
勤務時間に他の業務に従事する時間がある場合は、分母1日の勤務時間、分子に当該業務に従事する時間を記入してください。
(例: 7時間勤務のうち4時間当該業務に従事する場合 「4/7」)

- 3 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
- 4 常勤換算が必要な職種(訪問入浴介護、居宅介護支援及び担い手登録訪問サービスは不要)は、「週平均の勤務時間」を合計し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。
- 5 算出にあたっては、小数点第2位以下を切り捨ててください。

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	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) ●保険料の領収証書 ●社会保険料納入証明書 ●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 ※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。) <div style="text-align: center;"> <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> </div>	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	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。)								
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	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) ●労働保険概算・確定保険料申告書 ●保険関係成立届 ●納付書・領収証等 ※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。) <div style="text-align: center;"> <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> </div>	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	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。)															
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○丁目○○番○号

会社等法人番号 ○○○○○○

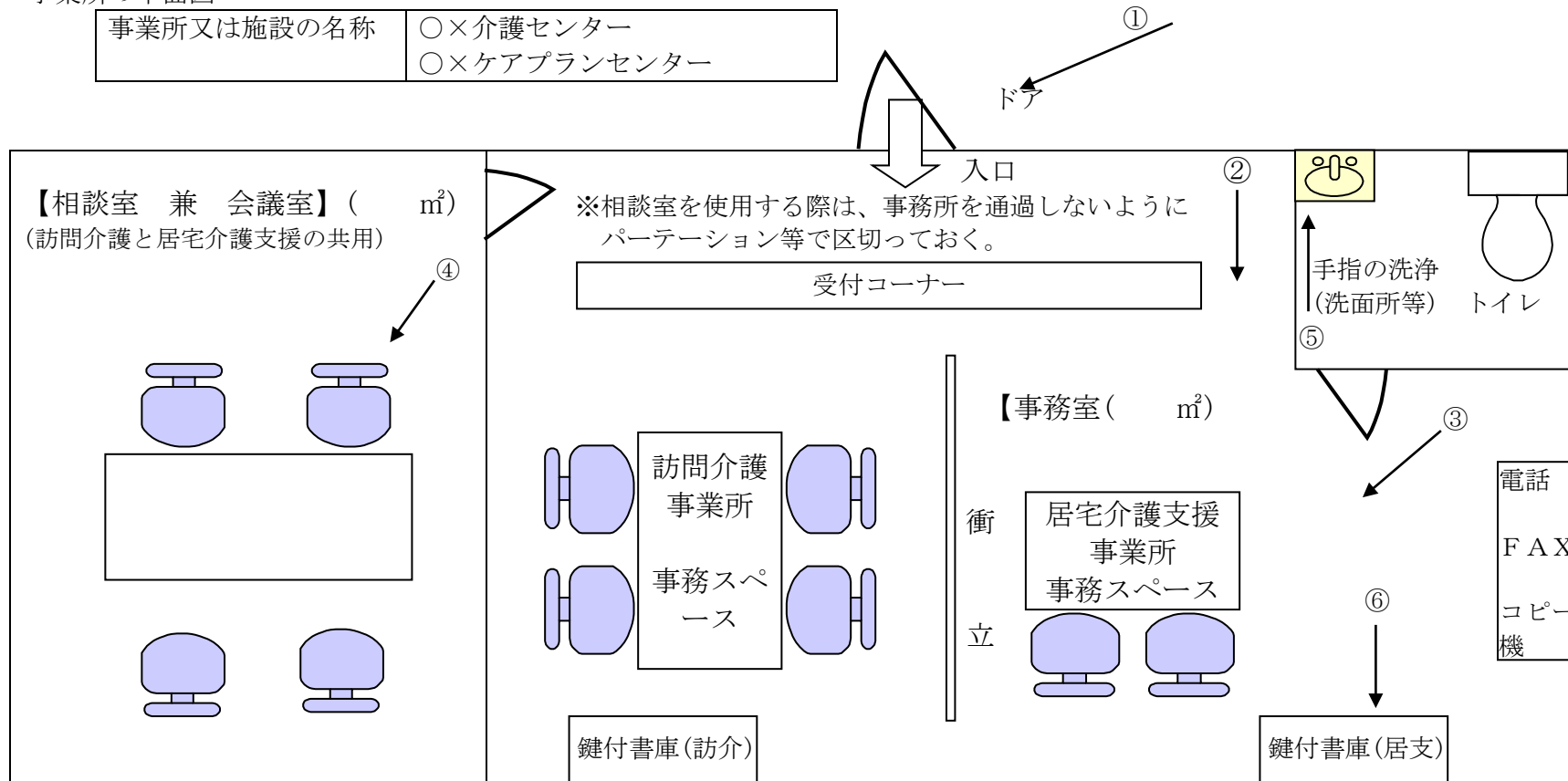
担当者名 ○× ○△

※ 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



※ マル数字は、写真の撮影方向を示します。

※ 他の事業と共用の場合は明記してください。また、区画を明確にし、他の事業に供するものと区分してください。

- 例①・・・建物の外観と、事業所入口を撮影のこと。事業所入口は、看板・プレート等事業者名表示(以下看板等)も含め撮影のこと。(ただし、撮影時を除き、指定日までは看板等は隠す、上から紙を貼るなどして事業所名を表示しないでください。)
 - 例②③事務スペース・・・椅子の数や設備がわかるように撮影のこと。
 - 例④相談室・・・椅子の数や遮蔽された状況がわかるように撮影のこと。
 - 例⑤手指洗浄場所・・・洗面台等、水が流せる場所であって、消毒石鹼等を備え、感染症防止のため共用タオルは使用しないこと。それらの状態がわかるように撮影のこと。
 - 例⑥鍵付き書庫・・・ファイルが書庫の外から見えないような書庫であって、鍵付であることがわかるように撮影のこと。
- ※上記の他、写真の追加を依頼することがあります。

(参考資料・運営規程について)

この運営規程の例示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。

運 営 規 程 の 例	作成に当たっての留意事項等
<p style="text-align: center;">△△△△△指定居宅介護支援事業運営規程</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居宅介護支援事業(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管理運営に関する事項を定め、事業所の介護支援専門員が、要介護者等からの相談に応じ、及び要介護者がその心身の状況や置かれている環境等に応じて、本人やその家族の意向等を基に、居宅サービス又は施設サービスを適切に利用できるよう、サービスの種類内容等の計画を作成するとともに、サービスの提供が確保されるよう指定居宅サービス事業者、介護保険施設等との連絡調整その他の便宜の提供を行うことを目的とする。</p> <p>(事業の運営の方針)</p> <p>第2条 事業所が実施する事業は、利用者が要介護状態となった場合においても、利用者が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に配慮したものとす。</p> <p>2 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行う。</p> <p>3 指定居宅介護支援の提供に当たっては、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て、利用者提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行う。</p> <p>4 事業の運営に当たっては、利用者の所在する市町村、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努める。</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。</p> <p>6 事業所は、指定居宅介護支援を提供するに当たっては、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。</p> <p>7 前6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。</p> <p>(事業所の名称及び所在地)</p> <p>第3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。</p> <p>(1)名 称 △△△△△</p> <p>(2)所在地 堺市〇〇区〇〇町〇丁(目)〇番〇号</p> <p>(従業員の職種、員数及び職務の内容)</p> <p>第4条 事業所における従業員の職種、員数及び職務の内容は次のとおりとする。</p> <p>(1)管理者 1名(常勤職員・主任介護支援専門員)</p>	<p>・「△△△△△」は、事業所の名称を記載する。</p> <p>・「*****」は、開設者名(法人名)を記載する。</p> <p>・「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、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」(平成11年厚生省令第38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。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・介護支援専門員と兼務する場合は、「<u>介護支援専門員と兼務</u>」と記載する。</p>

事業所における介護支援専門員、その他の従業者の管理、指定居宅介護支援の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他業務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居宅介護支援事業の実施に関し、遵守すべき事項についての指揮命令を行う。

(2) 介護支援専門員 ○名以上

要介護者等からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況や置かれている環境等に応じて、本人やその家族の意向等を基に、居宅サービス又は施設サービスを適切に利用できるよう、サービスの種類内容等の計画を作成するとともに、サービスの提供が確保されるよう指定居宅サービス事業者、介護保険施設等との連絡調整その他の便宜の提供を行う。

(営業日及び営業時間)

第5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) 上記の営業日、営業時間のほか、電話等により24時間常時連絡が可能な体制とする。

(指定居宅介護支援の提供方法及び内容)

第6条 指定居宅介護支援の提供方法及び内容は次のとおりとする。

(1) 利用者からの居宅サービス計画作成依頼等に対する相談対応
当事業所内相談室において行う。

(2) 課題分析の実施

① 課題分析の実施にあたっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行うものとする。

② 課題分析の実施にあたっては、利用者の生活全般についての状態を十分把握し、利用者が自立した生活を営むことができるよう支援するうえで、解決すべき課題を把握するものとする。

③ 使用する課題分析票の種類は○○方式とする。

(3) 居宅サービス計画原案の作成

利用者及びその家族の希望並びに利用者について把握された解決すべき課題に基づき、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスを利用するうえでの留意点等を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成する。

また、居宅サービス計画の作成にあたって、利用者から介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能であること、作成した居宅サービス計画の総数のうち、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護（以下、この号において「訪問介護等」という。）がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合並びに事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの回数のうち、同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものの占める割合等につき、文書の交付及び口頭により説明し、文書に利用者の署名を受けるものとする。

(4) サービス担当者会議等の実施

居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者を招集した、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、居宅サービス計画原案の内容について、担当者から専門

・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。

・内容については、あくまで例示ですので、事業所の実態に応じて記載する。

・MDS-HC方式など当事業所で使用する課題分析票の種類を記載してください。

的見地からの意見を求めるものとする。

(5) 居宅サービス計画の確定及び交付

①介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分したうえで、その種類、内容、利用料等について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得るものとする。

②介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付するものとする。

(6) 担当者に対する個別サービス計画の提出依頼

介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けられた指定居宅サービス事業者に対して、訪問介護計画等指定居宅サービス等基準において位置付けられている計画(個別サービス計画)の提出を求めるものとする。

(7) サービス実施状況の継続的な把握及び評価

居宅サービス計画の作成後においても、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うことにより、居宅サービス計画の実施状況や利用者についての解決すべき課題についての把握を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

(8) 地域ケア会議への協力

指定居宅介護支援事業者は、地域ケア会議から個別のケアマネジメントの事例の提供の求めがあった場合には、これに協力するよう努めることとする。

(指定居宅介護支援の利用料等)

第 7 条 居宅介護支援の利用料その他の費用の額は次のとおりとする。

1 指定居宅介護支援を提供した場合の利用料は、「指定居宅介護支援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 20 号)に定める額(以下「居宅介護サービス計画費」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、利用者の自己負担はないものとする。

なお、法定代理受領以外の利用料については、居宅介護サービス計画費によるものとする。

2 提供した指定居宅介護支援について法定代理受領以外の利用料の支払を受けた場合、領収書及び指定居宅介護支援提供証明書を交付する。

3 次条に定める通常の事業の実施地域を越えて行う事業に要する交通費は、その実費を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収する。

(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

(通常の事業の実施地域)

第 8 条 通常の事業の実施地域は、堺市全域、大阪市××区、〇〇市の区域とする。

(事故発生時の対応)

第 9 条 事業所は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとする。

2 前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録を行

・交通費の徴収は、実費の範囲で設定する。

なお、通常の実施地域に係る交通費は、介護報酬に含まれます。

・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。

※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。

うものとする。

- 3 利用者に対する指定居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとする。

(苦情処理)

第 10 条 指定居宅介護支援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。

- 2 事業所は、提供した指定居宅介護に関し、介護保険法第 23 条の規定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の職員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、提供した指定居宅介護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が行う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 11 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 12 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利用して行うことができるものとする。)を定期的で開催するとともに、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、当該事業所従業者又は養護者(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。

(業務継続計画の策定等)

第 13 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居宅介護支援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

※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(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 12 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。

・第 13 条各項については、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。

務継続計画の変更を行うものとする。

(衛生管理等)

第14条 事業所は、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、介護支援専門員に周知徹底を図る。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備する。
- (3) 事業所において、介護支援専門員に対し、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。

(その他運営に関する重要事項)

第15条 事業所は、居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図ることとし、また、業務の執務体制についても検証、整備する。

2 事業所は、従業員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する。

- (1) 採用時研修 採用後○ヶ月以内
- (2) 継続研修 年○回

- 3 従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。
- 4 事業所は、従業員であった者に、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、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の内容とする。
- 5 事業所は、適切な指定居宅介護支援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従業員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。
- 6 事業所は、居宅介護支援に関する諸記録を整備し、その完結の日から2年間は保存するものとする。
- 7 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。

・第14条各項については、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。

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

(参考様式 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

事業所又は施設の名称	○×ケアプランセンター	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	居宅介護支援	

措 置 の 概 要	
1	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 F A X 00-0000-0000 担当者：○○ ○○又は○○ ○○ <p>※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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 <p style="text-align: right;">複数の介護支援専門員がいる場合</p>
2	<p>円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 特に事業者に関する苦情である場合には、利用者の立場を考慮しながら、事業者側の責任者に事実関係の特定を慎重に行う。 <p style="text-align: right;">複数の介護支援専門員がいる場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 相談担当者は、把握した状況について(※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	<p>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)</p> <ul style="list-style-type: none"> 処理体制に記したとおり、事業者の管理者にあてて、苦情内容の事実確認を迅速に行うとともに、共同でその対応を行う。なお、苦情内容については、サービス担当者会議等での報告を行い再発防止の対応方針を協議する。
4	<p>その他参考事項</p> <ul style="list-style-type: none"> 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

【参考様式 12】関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携内容

サービスの種類 (居宅介護支援事業)

事業所又は施設名(○×ケアプランセンター)

関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携内容	
連携する項目	連携の内容
<p>1 関係市町村との連携の内容</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>記載内容は、記入例です。連携の内容について具体的な方法を記載してください。</p> </div>	<p>(1)サービス提供前の受給資格の確認等 利用者からの居宅サービス計画等の作成依頼があった場合、予め被保険者証により受給資格を確認するとともに、認定審査未了者については、申請手続を円滑に行えるよう関係市町村との連絡調整のもとで支援する。</p> <p>(2)居宅サービス計画の作成等 利用者のニーズに応じた適切なサービスの提供が可能ないようにプラン作成を行うとともに、介護給付等対象以外の保健医療、福祉サービスを含めた居宅サービス計画策定が可能なるよう、日常より市町村との情報交換を密にする。</p> <p>(3)利用者に関する通知 正当な理由なしにサービス利用に関する指示に従わず要介護度を増進させる、又は偽りその他の不正行為により保険給付を受けた又は受けようとするものについては、遅滞なく市町村に通知する。</p> <p>(4)事故発生時の対応等 利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合、速やかに市町村に連絡を行う。</p>
<p>2 他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容</p>	<p>(1) サービス提供困難時の対応 通常の事業の実施地域等を勘案して、自らが適切な居宅介護支援の提供が困難であると認められる場合には、他の指定居宅介護支援事業者の紹介その他の適切な処置を行う。</p> <p>(2) 指定居宅サービス事業者との連携 提供されるサービスがサービス担当者会議での検討課題や居宅サービス計画に基づき、適切に提供されているかどうかの状況について、継続的な把握と評価を実施するようサービス事業者との連絡調整を密に行う。</p> <p>(3) 介護保険施設との連携 居宅において日常生活を営むことが困難な利用者に対して介護保険施設への入院又は入所が必要な場合の紹介、その他の便宜供与、又施設から退院又は退所しようとする要介護者等が円滑に居宅での生活に移行できるよう居宅サービス計画を事前に作成する援助が行えるよう、介護保険施設との連絡調整を密に行う。</p> <p>(4) 事故発生時の対応等 サービスの提供等により事故が発生した場合、適切な対応を行えるよう連絡調整体制を事業者との間で文面を取り交わす。</p>
<p>3 その他の参考事項</p>	<p>.....</p>

様式は任意です。必要な項目があれば、上記項目に加えても差し支えありません。

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

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

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。

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	フリガナ名称	ミナミワタチカブシカイシャ 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		サカイ 一博 堺 一郎	昭和十一年△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 次項の別表の記入要領をご覧ください。				

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。

4 介護保険法施行規則第140条の4の第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） サカイ 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	サカイ タロウ				
	氏名	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 場所

5 居宅介護支援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 ◆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"/>	指定居宅介護支援事業者の指定に係る記載事項	付表 19
<input type="checkbox"/>	当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧	付表 19(別紙)
<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 1-1
<input type="checkbox"/>	社会保険等加入状況確認票	別紙 1
<input type="checkbox"/>	介護支援専門員証の写し又は介護支援専門員登録証明書の写し ◆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"/>	管理者経歴書	参考様式 2
<input type="checkbox"/>	管理者の資格 (主任介護支援専門員) を証明するものの写し	
<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"/>	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"/>	関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携内容	参考様式 12
<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 ※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。	参考様式 8 居支
<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