

第4号様式(第5条関係)

変更届出書

年 月 日

目黒区長 宛て

所在地

事業者名称

代表者の職・氏名

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定を受けた内容を下記のとおり変更しましたので届け出ます。

記

事業所番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

指定内容を変更した事業所	名称		
	所在地		
サービスの種類 (該当の種類に○)	訪問型サービス(予防給付相当サービス) A2	通所型サービス(予防給付相当サービス) A6	
	訪問型サービス(区独自基準サービス) A3	通所型サービス(区独自基準サービス) A7	
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	登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)	(変更後)	
7	事業所・施設の建物の構造、専用区画等		
8	事業所・施設の管理者の氏名、生年月日、住所		
9	運営規程		
10	その他()		
変更年月日		年 月 日	

備考 1 該当項目番号を○で囲んでください。

2 変更内容が分かる書類を添付してください。

(用紙規格 A4)

第1号様式(2)

介護予防・日常生活支援総合事業(訪問型)の指定に係る記載事項

今回申請するサービスにチェック印をつけてください。

総合事業(予防給付相当サービス) 総合事業(区独自基準サービス)

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		
	訪問介護員等との兼務の有無		(有・無)	
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合のみ記入)		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			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
従業者			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)				
利用者の推定数(人)				
添付書類の有無		(有・無)		

- 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が3名以上の場合は第1号様式(3)「サービス提供責任者一覧」を提出してください。
 - 3 第1号様式(3)「サービス提供責任者一覧」を添付する場合は、「添付書類の有無」欄の有に○をしてください。

サービス提供責任者一覧

氏 名		住所
①	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏 名	
②	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏 名	
③	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏 名	
④	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏 名	
⑤	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏 名	
⑥	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏 名	
⑦	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏 名	
⑧	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏 名	
⑨	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏 名	
⑩	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏 名	
⑪	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏 名	
⑫	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏 名	
⑬	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏 名	
⑭	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏 名	
⑮	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏 名	

備考 サービス提供責任者が3名以上の場合は、この様式をお使いください。

第1号様式(4)

介護予防・日常生活支援総合事業(通所型)の指定に係る記載事項

今回申請するサービスにチェック印をつけてください。

総合事業(予防給付相当サービス) 総合事業(区独自基準サービス)

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					(郵便番号 -)					
	氏名					住所					
	生年月日	年		月		日					
	当該通所介護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病院・診療所・訪問看護ステーションと連携している場合の連携先											
合計面積		m ²									
当該単位のサービスにチェック印を付けてください。											
<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護											
<input type="checkbox"/> 総合事業(予防給付相当サービス) <input type="checkbox"/> 総合事業(区独自基準サービス)											
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		機能訓練指導員		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤(人)										
非常勤(人)										有・無	
主な揭示事項	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						
添付書類の有無		(有・無)									

- 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」欄については、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、第1号様式(5)に記載し、添付してください。
- 4 第1号様式(5)を添付する場合は、「添付書類の有無」欄の有に○をしてください。
- 5 従業員の員数については、総数を記載してください。

第1号様式(5)

介護予防・日常生活支援総合事業(通所型)の指定に係る記載事項

(2単位目以降)

今回申請するサービスにチェック印をつけてください。

総合事業(予防給付相当サービス) 総合事業(区独自基準サービス)

事業所	フリガナ																					
	名称																					
単位	当該単位のサービスにチェック印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 総合事業(予防給付相当サービス) <input type="checkbox"/> 総合事業(区独自基準サービス)																					
	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	専従		兼務		看護職員	専従		兼務		介護職員	専従		兼務		機能訓練指導員	専従		兼務		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無
			常勤(人)																			
		非常勤(人)																		有・無		
	主な揭示事項	定員	人																			
		営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日											
			平日		～		土曜		～		日曜・祝日		～									
		営業時間	サービス提供時間																			
	備考																					
単位	当該単位のサービスにチェック印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 総合事業(予防給付相当サービス) <input type="checkbox"/> 総合事業(区独自基準サービス)																					
	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	専従		兼務		看護職員	専従		兼務		介護職員	専従		兼務		機能訓練指導員	専従		兼務		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無
			常勤(人)																			
		非常勤(人)																		有・無		
	主な揭示事項	定員	人																			
		営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日											
			平日		～		土曜		～		日曜・祝日		～									
		営業時間	サービス提供時間																			
	備考																					
単位	当該単位のサービスにチェック印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 総合事業(予防給付相当サービス) <input type="checkbox"/> 総合事業(区独自基準サービス)																					
	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	専従		兼務		看護職員	専従		兼務		介護職員	専従		兼務		機能訓練指導員	専従		兼務		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無
			常勤(人)																			
		非常勤(人)																		有・無		
	主な揭示事項	定員	人																			
		営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日											
			平日		～		土曜		～		日曜・祝日		～									
		営業時間	サービス提供時間																			
	備考																					

備考 本事業所内で複数の単位を実施する場合は、この様式をお使いください。

(用紙規格 A4)

【記入上の注意事項】

- 1 *欄には、当該月の曜日を記入してください。
- 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。
- 3 常勤換算が必要な職種は、4週の合計をすべて足し、当該事業所の常勤の従業者が5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。
- 4 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
- 5 兼務がある場合は、兼務先及び兼務する職務の内容について、備考欄に記入してください。
- 6 各事業所・施設において使用している勤務割表等（すでに事業を実施しているときは直近月の実績）により、職種、勤務形態、氏名及び当該業務の勤務時間等が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。

○勤務延時間数の計算について

- ・従業者1人につき、勤務延時間数に算入できる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数を上限とする。
（例えば、常勤が勤務すべき時間数が4週で160時間の事業所において、法人役員等であって4週で172時間勤務する従業員であっても、160時間で計算すること）
- ・管理者とサービス提供責任者を兼務するような場合にあっては、当該従業員が1日に勤務すべき時間数を、管理業務を行う時間とサービス提供責任者業務を行う時間とに按分し、記入すること。

○常勤・非常勤の区分について

- ・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数に達していることをいう。雇用の形態は考慮しない。
（例えば、常勤者は4週で160時間勤務することとされた事業所であれば、パート雇用であっても、4週160時間勤務する従業者は常勤となる）

○サービス提供責任者の配置基準

①利用者の数が40人又はその端数を増すごとに1人以上（「利用者の数」については、前三ヶ月の平均値（実績）を用いる。）

②常勤換算方法とする事業所については、以下に掲げる員数以上の常勤のサービス提供責任者を配置するものとする。

- a 利用者の数が40人超200人以下の事業所
常勤換算方法としない場合に必要となるサービス提供責任者の員数から一を減じて得られる数以上
- b 利用者の数が200人超の事業所
常勤換算方法としない場合に必要となるサービス提供責任者の員数に二を乗じて三で除して得られた数（一の位に切り上げた数）以上

従って、具体例を示すと別表一に示す常勤換算方法を採用する事業所で必要となる常勤のサービス提供

※ 平成27年度の改正で、要件を満たした場合は、利用者の数が50人又はその端数を増すごとに1人以上の配置が可能

別表1

常勤換算方法を採用する事業所で必要となる常勤のサービス提供責任者数

利用者の数	①に基づき置かなければならない常勤のサービス提供責任者数	常勤換算方法を採用する事業所で必要となる常勤のサービス提供責任者
40人以下	1	1
40人超80人以下	2	1
80人超120人以下	3	2
120人超160人以下	4	3
160人超200人以下	5	4
200人超240人以下	6	4
240人超280人以下	7	5
280人超320人以下	8	6
320人超360人以下	9	6
360人超400人以下	10	7

(参考様式3)

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。
※参考様式3の他に建築図面の提出も併せてお願いします。

(日本産業規格A列4番)

事業所の写真

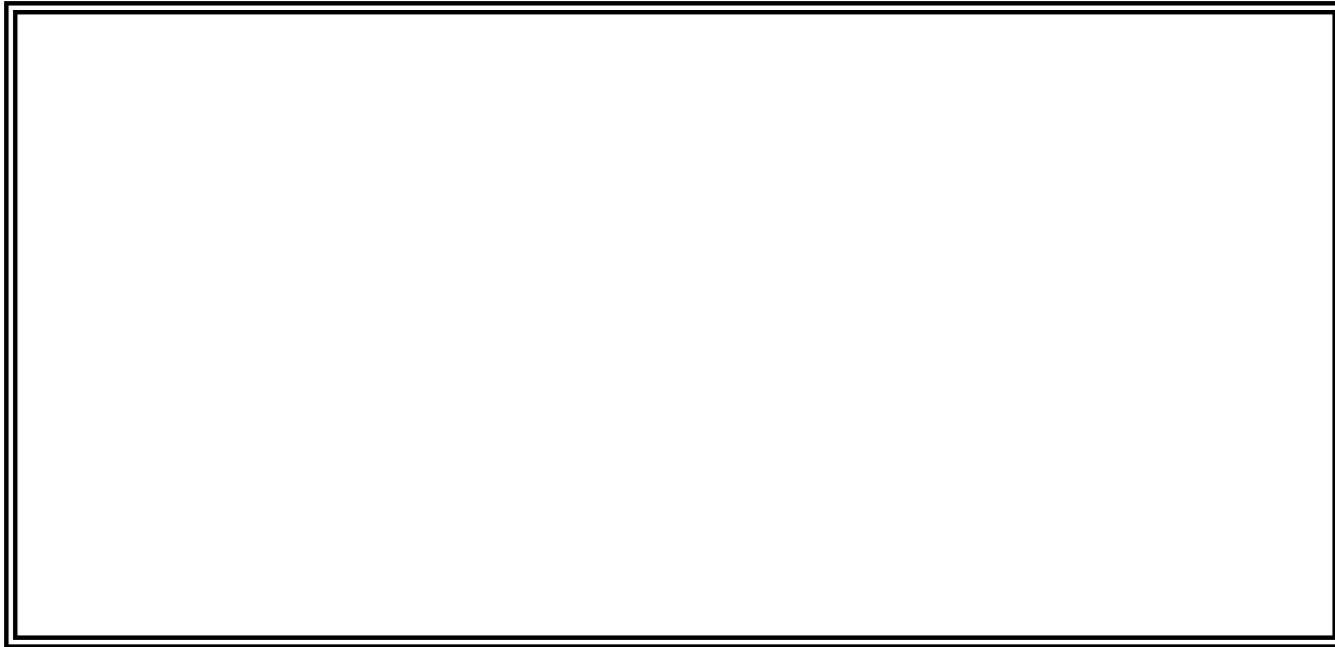
- ◆ カラー写真をA4の台紙等に貼り付けてください。(必要であれば、1箇所複数毎可)

写真は、台紙に4枚貼れるくらいの大きさでお願いいたします。パソコンで取り込んだ写真でも結構です。

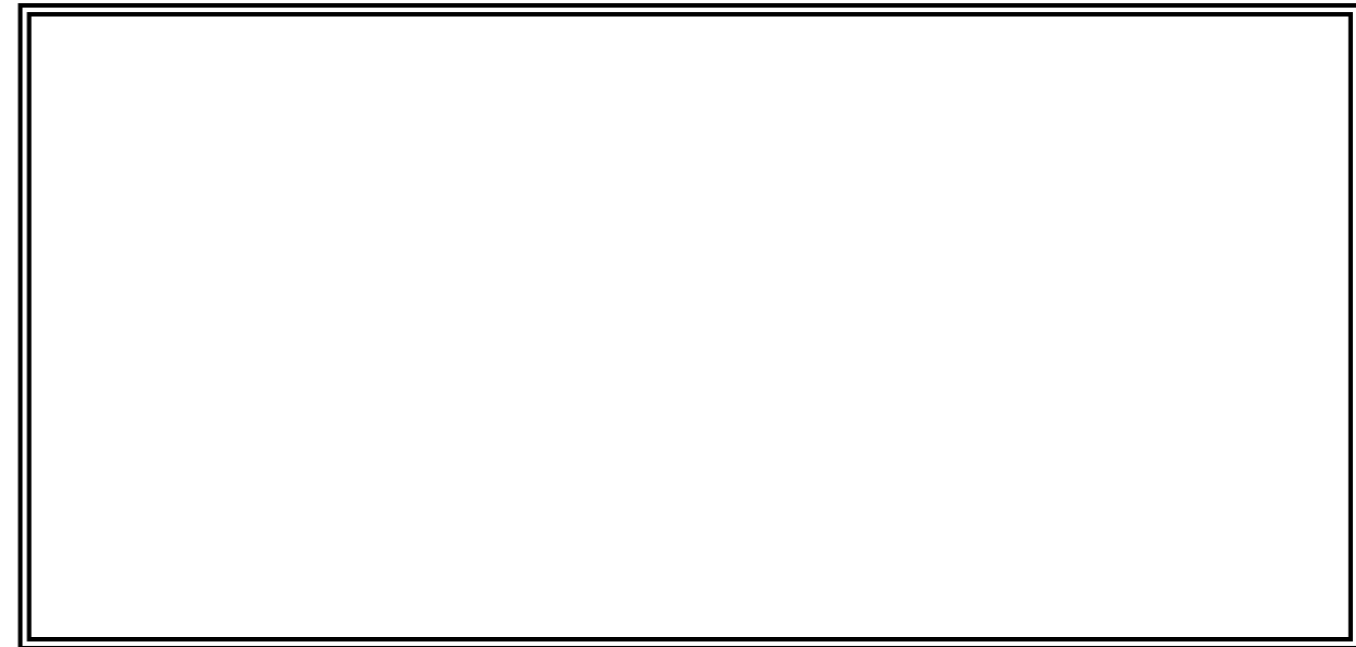
下記の①～④は写真を撮る箇所の一例です。変更した箇所(部屋・区画等)が漏れなく分かるように写真を撮影してください。

事業所又は施設の名称	
------------	--

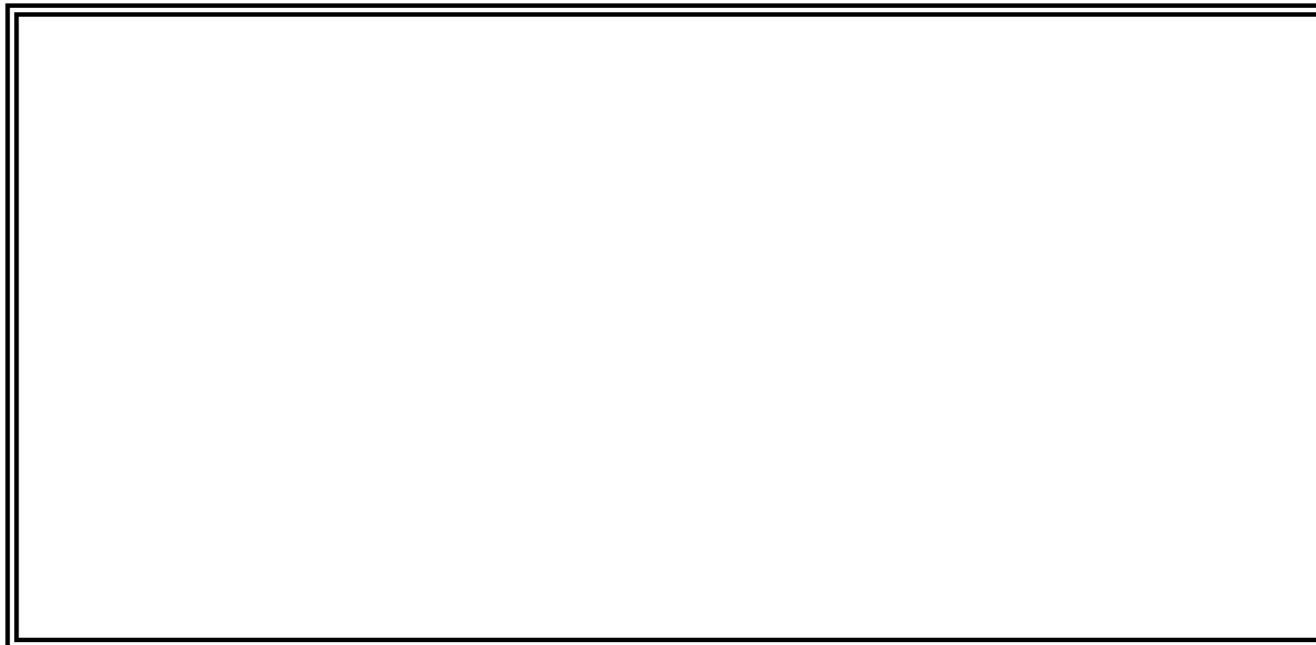
①事務室



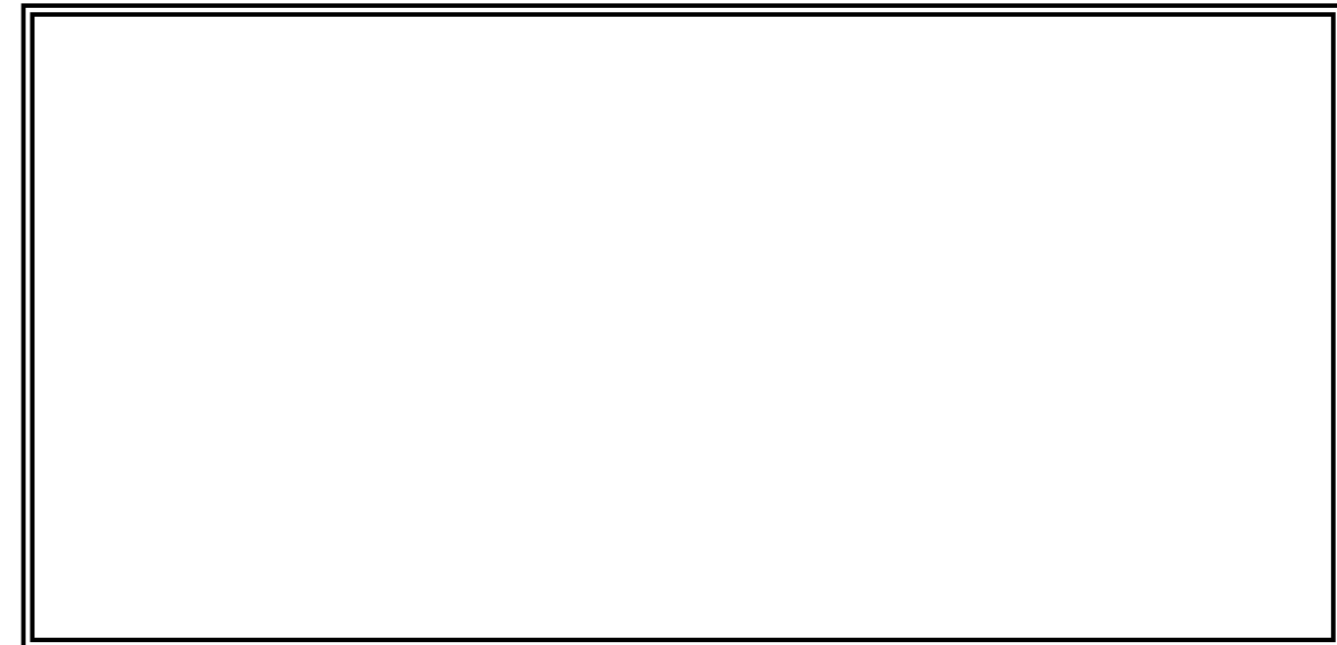
②文書庫



③食堂兼機能訓練室



④相談室



(参考様式5)

目黒区暴力団排除条例第2条第1号から第3号までに掲げる者に
該当しない旨の誓約書

年 月 日

目黒区長 宛て

申請者 所在地

名称

代表者職・氏名

介護予防・日常生活支援総合事業に係る事業者の指定申請者(当該申請者が法人である場合にあってはその役員等、法人以外の団体である場合にあってはその代表者、理事その他法人における役員等と同等の責任を有する者)、当該事業所の設置者、管理者その他事業所の業務を統括する者(当該業務を統括する者の権限を代行し得る地位にある者を含む。)は、下記に掲げる暴力団員等に
あらず、暴力団又は暴力団員等と社会的に非難されるべき関係を有していないことを誓約します。

また、事業所の運営にあたっては、暴力団若しくは暴力団員等を利用し、又は暴力団若しくは暴力
団員等が運営に関与しないことを誓約します。

記

【目黒区暴力団排除条例(平成24年3月14日目黒区条例第3号)】(一部抜粋)

第2条 この条例において次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところ
による。

- (1) 暴力団 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号。以下
「法」という。)第2条第2号に規定する暴力団をいう。
- (2) 暴力団員 法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。
- (3) 暴力団関係者 暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有するものをいう。