

目黒区 介護予防・日常生活支援総合事業【訪問型】の指定申請に係る提出書類一覧

事業所の名称		
事業所で提供するサービス	<input type="checkbox"/> 総合事業(予防給付相当サービス) A2	<input type="checkbox"/> 総合事業(区独自基準サービス) A3

書類に漏れがないか□にチェックを入れ確認の上、**本表を一番上**とし、以下次表の書類の順番で揃え、クリアファイルに入れて提出してください。

NO	申請者確認欄	区職員確認欄	申請書及び添付書類	説明
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	指定・更新申請書	第1号様式(1)
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	指定に係る記載事項	第1号様式(2)
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	サービス提供責任者一覧	第1号様式(3)(サービス提供責任者が3名以上いる場合)
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	体制等に関する届出書	第1号様式(6)
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	体制等状況一覧表	第1号様式(7)
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	加算算定のための添付書類	<input type="checkbox"/> 5「体制等状況一覧表」で加算ありに○をつけた項目について、必要な添付書類を提出してください
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	次の①～②のいずれかを添付 ①都道府県等発行の訪問介護指定通知書の写し ②①を指定(更新)申請中の場合は、指定(更新)申請書の写し	<input type="checkbox"/> 訪問介護指定通知書(有効期間が総合事業指定予定日以降のもの) <input type="checkbox"/> 指定(更新)申請書(收受印あり)の写し(後日、指定(更新)通知書の写しを提出してください)
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	登記簿謄本又は条例等	<input type="checkbox"/> 介護予防・日常生活支援総合事業を実施する記載のあるもの。 <input type="checkbox"/> コピー可。末尾に原本証明をすること。押印は不要。
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	事業開始予定月の勤務形態一覧表を作成してください。従事者(管理者を含む)全員について、従事者一覧表により資格種別、勤務形態、等を記入してください。
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	就業規則の写し、組織体制図、資格証の写し、雇用契約書の写しまたは誓約文	<input type="checkbox"/> 就業規則の写し(就業規則を定めていない場合は、「常勤職員の勤務時間に関する調べ」を提出。 <input type="checkbox"/> 組織体制図 <input type="checkbox"/> 資格証の写し <input type="checkbox"/> (訪問介護指定申請中の場合)雇用契約書の写しまたは誓約文
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	サービス提供責任者の経歴書	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	事業所の平面図	<input type="checkbox"/> 各室の用途、机や備品等の配置を記載してください。
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	外観及び内部の様子がわかる写真	カラーで、建物外観、事業所入口、事業所の各部屋(備品が入った状態)の様子が分かるようにしてください。
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	運営規程及び料金表※ ※料金表を重要事項説明書等に掲載している場合は、重要事項説明書等も併せて提出してください。	次の事項について具体的に定めてください。 <input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針 <input type="checkbox"/> 従事者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> サービスの内容及び利用料その他費用の額 <input type="checkbox"/> 通常の実業の実施地域 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項(～R6.3.31努力規定) <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項
15	<input type="checkbox"/>	<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	目黒区と国保連の苦情相談窓口を必ず記載してください。 目黒区健康福祉部介護保険課介護保険管理係03-5722-9574 東京都国民健康保険団体連合会03-6238-0177
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	事業所ごと、事業ごとの会計区分が確認できる書類	<input type="checkbox"/> 決算書(貸借対照表、損益計算書) <input type="checkbox"/> 事業計画書 <input type="checkbox"/> 収支予算書
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	参考様式

* 用紙の大きさは、原則としてA4判としてください。

担当者連絡先			
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	

第1号様式(第2条・第3条関係)(1)

介護予防・日常生活支援総合事業事業者指定・更新申請書

年 月 日

目黒区長 宛て

所在地
申請者 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として指定を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり(新規・更新)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 -)				
	申請者連絡先	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 氏名	生年月日	
代表者の住所	(郵便番号 -)					
事業所の状況	フリガナ					
	名称					
	事業所等の所在地	(郵便番号 -)				
	事業所連絡先	電話番号		FAX番号		
	同一所在地において行う事業等の種類		実施事業	指定申請をする事業の開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式
	指定を受けようとする事業種別	訪問型サービス(予防給付相当サービス) A2				第1号様式(2)
		訪問型サービス(区独自基準サービス) A3				第1号様式(2)
		通所型サービス(予防給付相当サービス) A6				第1号様式(4)
		通所型サービス(区独自基準サービス) A7				第1号様式(4)
	既に指定を受けている事業種別	訪問介護				
	介護予防訪問介護					
	通所介護					
	地域密着型通所介護					
	介護予防通所介護					
介護保険事業所番号		(当該事業所が既に他のサービスで指定又は許可を受けている場合)				
総合事業事業所番号		(他区市町村にて既に総合事業の指定を受けている場合)				

備考

- 「事業所所在地市町村番号」欄は、記入しないでください。
- 「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(NPO等)である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
- 「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。
- 「総合事業事業所番号」欄は、他区市町村にて既に総合事業の指定を受けている場合に、その事業所番号を記載してください。

令和 3年 1月 21日

目黒区長 宛て

申請者

所在地
名称
代表者の職・氏名

東京都新宿区西新宿2-8-1
株式会社東京都介護サービス情報
代表取締役 東京 太郎

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者として指定を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり
(新規・更新)申請します。

		事業所所在地市町村番号				
申請者	フリガナ	カブシキガイシヤトウキョウトカイゴサービスジョウホウ				
	名称	株式会社東京都介護サービス情報				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 160-0023) 東京都新宿区西新宿2-8-1				
	申請者連絡先	電話番号	03-5555-4444	FAX番号	03-5555-4443	
	法人の種類	株式会社		法人所轄庁		
	代表者の職・氏名 生年月日	職名	代表取締役	フリガナ 氏名	トウキョウ タロウ 東京 太郎	生年月日 昭和〇年〇月〇日
代表者の住所	(郵便番号 999-9999) 東京都品川区〇〇〇-〇-〇					
事業所の状況	フリガナ	ハウモンカイゴジギョウショトウキョウ				
	名称	訪問介護事業所東京				
	事業所等の所在地	(郵便番号 153-8573) 東京都目黒区上目黒2-19-15				
	事業所連絡先	電話番号	03-3715-1111	FAX番号	03-5722-9716	
		同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定申請をする事業の開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式
	指定を受けようとする事業種別	訪問型サービス(予防給付相当サービス) A2	○	令和3年4月1日		第1号様式(2)
		訪問型サービス(区独自基準サービス) A3				第1号様式(2)
		通所型サービス(予防給付相当サービス) A6				第1号様式(4)
		通所型サービス(区独自基準サービス) A7				第1号様式(4)
	既に指定を受けている事業種別	訪問介護	○		平成25年10月1日	
介護予防訪問介護		○		平成25年10月1日		
通所介護						
地域密着型通所介護						
	介護保険事業所番号	1 3 7 5 5 5 5 5 5	(当該事業所が既に他のサービスで指定又は許可を受けている場合)			
	総合事業事業所番号	1 3 A 9 9 9 9 9 9	(他区市町村にて既に総合事業の指定を受けている場合)			

備考

- 「事業所所在地市町村番号」欄は、記入しないでください。
- 「法人の種類」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(NPO等)である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
- 「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。
- 「総合事業事業所番号」欄は、他区市町村にて既に総合事業の指定を受けている場合に、その事業所番号を記載してください。

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。

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	ホウモンカイゴジギョウショトウキョウ		
	名称	訪問介護事業所東京		
	所在地	(郵便番号 153 - 8573) 東京都目黒区上目黒2-19-15		
	連絡先	電話番号	03-3715-1111	FAX番号 03-5722-9716
管理者	フリガナ	カイゴ ハコ	住所	(郵便番号 153 - 0063)
	氏名	介護 花子		東京都目黒区目黒〇-〇-〇
	生年月日	昭和〇年〇月〇日		
	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	ナカノ イチロウ	住所	(郵便番号 999 - 9999)
	氏名	中野 一郎		東京都中野区〇〇〇-〇-〇
	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)		5	
	非常勤(人)			
常勤換算後の人数(人)		5		
利用者の推定数(人)		20		
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」欄の有に〇をしてください。

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。

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

年 月 日

目黒区長 宛て

申請者 所在地
 名称
 代表者の職・氏名

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 —) (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	職名		氏名		
	代表者の住所	(郵便番号 —) (ビルの名称等)				
事業所の状況	フリガナ 事業所の名称					
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 —) (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	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 —) (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	管理者の氏名					
管理者の住所	(郵便番号 —) (ビルの名称等)					
届出を行う事業所の種類	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(予定)年月日	異動項目(※変更の場合)
	訪問型サービス(予防給付相当サービス) A2			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問型サービス(区独自基準サービス) A3			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所型サービス(予防給付相当サービス) A6			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所型サービス(区独自基準サービス) A7			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
介護保険(地域密着型サービス)事業所番号						
総合事業事業所番号						
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」欄は、申請者が認可法人(NPO等)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「O」を記入してください。
 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字の横の□を■にしてください。
 6 「異動項目」欄には、第1号様式(7)「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」に掲げる項目を記載してください。
 7 「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。
 8 「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。

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									
事業所名									

提供サービス		その他該当する体制等				LIFEへの登録	割引	
各サービス共通		地域区分	■ 1 1級地					
□ A2	訪問型サービス (予防給付相当サービス)	特別地域加算	■ 1 なし			□ 1 なし □ 2 あり	□ 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					
		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					
		介護職員処遇改善加算	□ 1 なし	□ 6 加算I	□ 5 加算II			□ 2 加算III
		介護職員等特定処遇改善加算	□ 1 なし	□ 2 加算I	□ 3 加算II			
		介護職員等ベースアップ等支援加算	□ 1 なし	□ 2 あり				
□ A3	訪問型サービス (区独自基準サービス)	介護職員処遇改善加算	□ 1 なし	□ 6 加算I	□ 5 加算II	□ 2 加算III	□ 1 なし	
		介護職員等特定処遇改善加算	□ 1 なし	□ 2 加算I	□ 3 加算II			
		介護職員等ベースアップ等支援加算	□ 1 なし	□ 2 あり				
□ A6	通所型サービス (予防給付相当サービス)	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	□ 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				
		栄養アセスメント・栄養改善体制	□ 1 なし	□ 2 あり				
		口腔機能向上加算	□ 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				
		事業所評価加算の有無	□ 1 なし	□ 2 あり				
		サービス提供体制強化加算	□ 1 なし	□ 5 加算I	□ 4 加算II			□ 6 加算III
		生活機能向上連携加算	□ 1 なし	□ 3 加算I	□ 2 加算II			
		科学的介護推進体制加算	□ 1 なし	□ 2 あり				
		介護職員処遇改善加算	□ 1 なし	□ 6 加算I	□ 5 加算II			□ 2 加算III
		介護職員等特定処遇改善加算	□ 1 なし	□ 2 加算I	□ 3 加算II			
介護職員等ベースアップ等支援加算	□ 1 なし	□ 2 あり						
□ A7	通所型サービス (区独自基準サービス)	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	□ 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				
		栄養アセスメント・栄養改善体制	□ 1 なし	□ 2 あり				
		口腔機能向上加算	□ 1 なし	□ 2 あり				
		事業所評価加算〔申出〕の有無	□ 1 なし	□ 2 あり				
		事業所評価加算の有無	□ 1 なし	□ 2 あり				
		サービス提供体制強化加算	□ 1 なし	□ 5 加算I	□ 4 加算II			□ 6 加算III
		生活機能向上連携加算	□ 1 なし	□ 3 加算I	□ 2 加算II			
		科学的介護推進体制加算	□ 1 なし	□ 2 あり				
		介護職員処遇改善加算	□ 1 なし	□ 6 加算I	□ 5 加算II			□ 2 加算III
		介護職員等特定処遇改善加算	□ 1 なし	□ 2 加算I	□ 3 加算II			
		介護職員等ベースアップ等支援加算	□ 1 なし	□ 2 あり				

備考 地域区分は「1級地」、特別地域加算は「なし」、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)(規模に関する状況)は「非該当」です。

加算内容	必要な添付書類
介護職員処遇改善加算 介護職員等特定処遇改善加算 介護職員等ベースアップ等支援加算	「介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算に係る届出(地域密着型サービス・総合事業)」「介護職員等ベースアップ等支援加算に係る届出(地域密着型サービス・総合事業)」の各ページを確認してください

(参考様式1)

常勤の従業者が当該月に勤務すべき時間数(合計)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

(年 月分)

職種	勤務形態	資格	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	常勤換算後の人数	兼務先及び兼務する職務内容
				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																																		
サービス提供責任者																																		
訪問介護員																																		
			計																															

【備考】

- 1 記入にあたっては、必ず以下の★サービス提供責任者の配置人数確認表に記入することにより、サービス提供責任者の必要配置人数を満たしていることをご確認ください。
- 2 記入方法等については、裏面の【記入上の注意事項】をご確認ください。
- 3 勤務形態の欄には、下記区分のとおり記載してください。

勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:非常勤で専従 D:非常勤で兼務

- 4 資格の欄には、下記の省略記号を記載してください。

資格の省略記号 介:介護福祉士 初:初任者研修 実:実務者研修 1, 2:訪問介護員養成研修1, 2級 基:介護職員基礎研修 看:看護師 准:准看護師

★サービス提供責任者の配置人数確認表 (前3か月の利用者平均値) 【 年 月分】

		月	月	月
利用者数	要介護			
	要支援			
	通院等※			
合計				

【留意事項】

- ・利用者の数は暦月ごとの実利用者数とすること。
- ・新規に指定を受ける場合は推定数とすること。
- ・常勤換算方法による場合、計算により算出された必要配置人数のうち、配置が必要な常勤のサービス提供責任者の人数を配置していることを、裏面により確認すること。
- ・必要配置人数については、小数第1位に切り上げた数とすること。

$$\begin{array}{c}
 \Rightarrow \boxed{\hspace{2cm}} \div 3 = \boxed{\hspace{2cm}} \Rightarrow \boxed{\hspace{2cm}} \div 40 = \boxed{\hspace{2cm}} \\
 \begin{array}{cccc}
 a+b+c & & d & & d & & \\
 (\text{利用者の平均値}) & & (\text{利用者の平均値}) & & \text{サ責の必要配置人数} & & \\
 & & & & \text{(小数第1位に切り上げ)} & &
 \end{array}
 \end{array}$$

※通院等乗降介助のみの利用者は、0.1人として計算

- ①この計算は事業開始後毎月行い、配置基準を満たしていることを必ず確認すること。
- ②確認した書類は保管しておくこと。
- ③計算によりサ責の人数に変更が生じる場合には、変更届を提出すること。

裏面【記入上の注意事項】を必ずご確認ください。

【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4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

常勤職員の勤務時間に関する調べ

(* 就業規則がある場合は、就業規則を提出してください)

1日あたりの労働時間－①

勤務日		～		曜日
-----	--	---	--	----

始業時間		時		分
------	--	---	--	---

終業時間		時		分
------	--	---	--	---

休憩時間		時間
------	--	----

計		時間(A)
		日勤務(B)

1日あたりの労働時間－②

勤務日		～		曜日
-----	--	---	--	----

始業時間		時		分
------	--	---	--	---

終業時間		時		分
------	--	---	--	---

休憩時間		時間
------	--	----

計		時間(C)
		日勤務(D)

休日

土曜日	
日曜日	
()曜日	
祝日	
会社の指定する日	

週あたりの労働時間

$((A) \times (B)) + ((C) \times (D)) =$ 時間

(参考様式2)

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。
- 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。

(日本産業規格A列4番)

(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3番)

事業所の写真

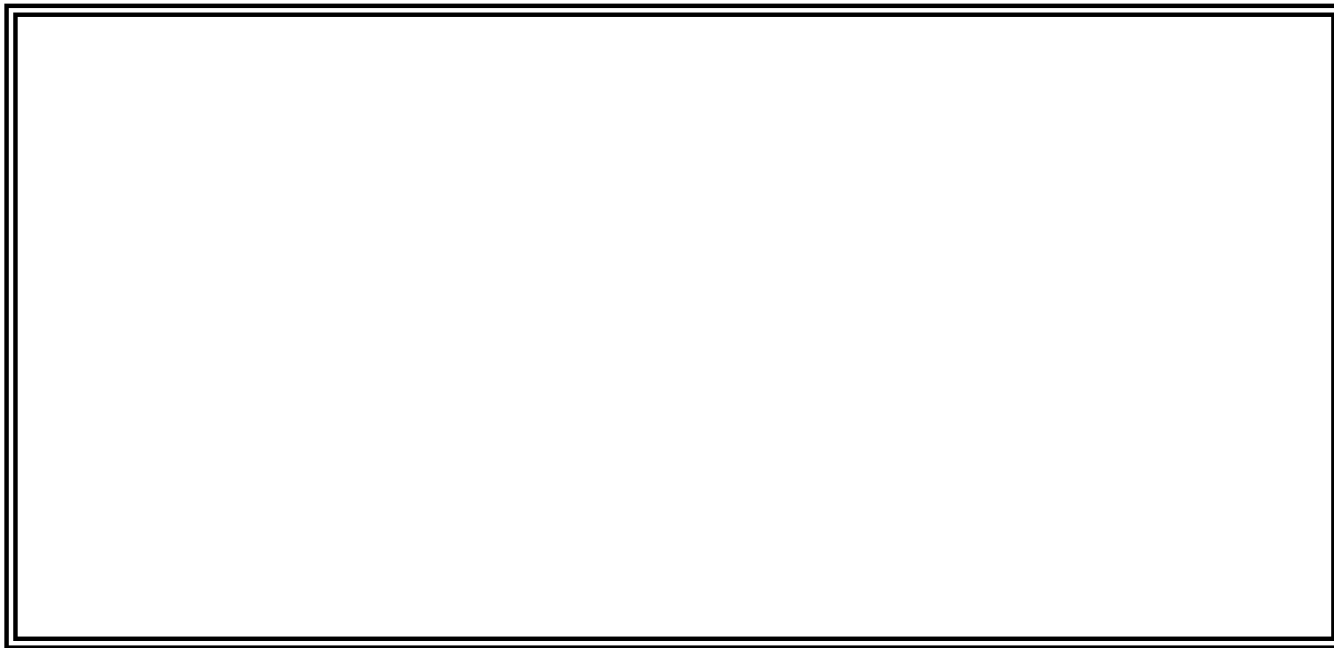
- ◆ カラー写真をA4の台紙等に貼り付けてください。(必要であれば、1箇所複数毎可)

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。

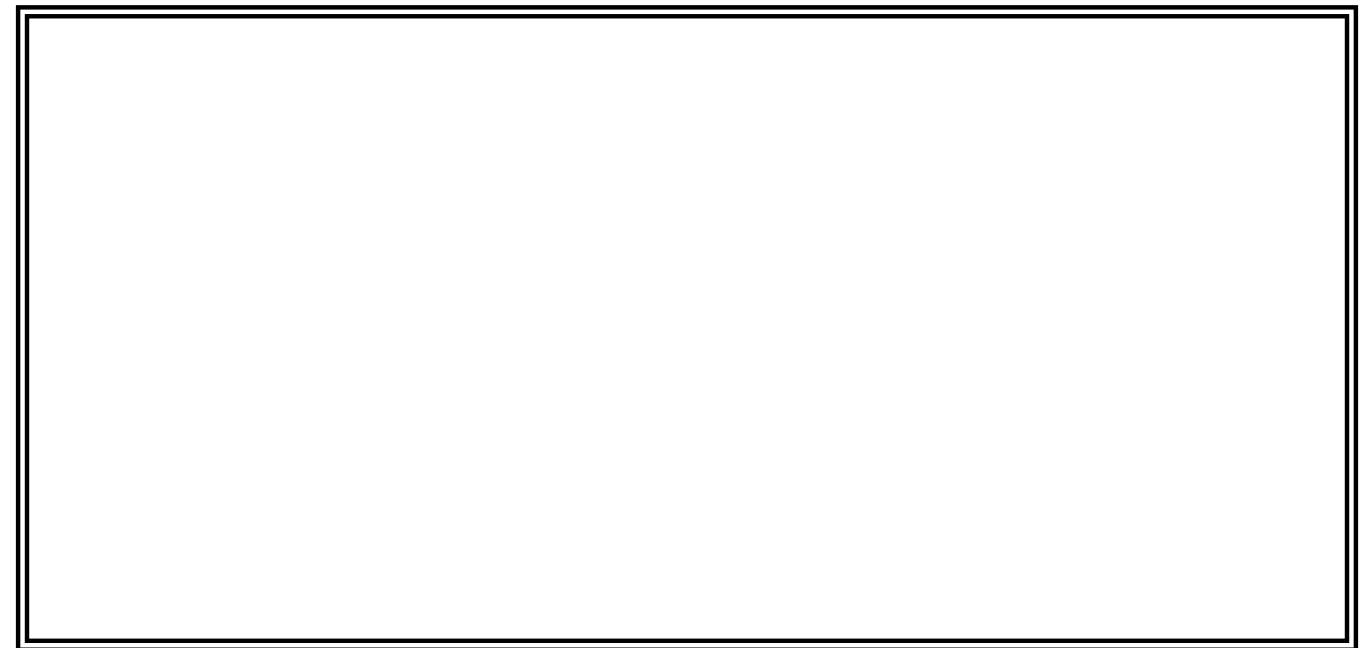
下記の①～④は写真を撮る箇所の一例です。建物外観、事業所入口、事業所の各部屋(備品が入った状態)が漏れなく分かるように写真を撮影してください。

事業所又は施設の名称	
------------	--

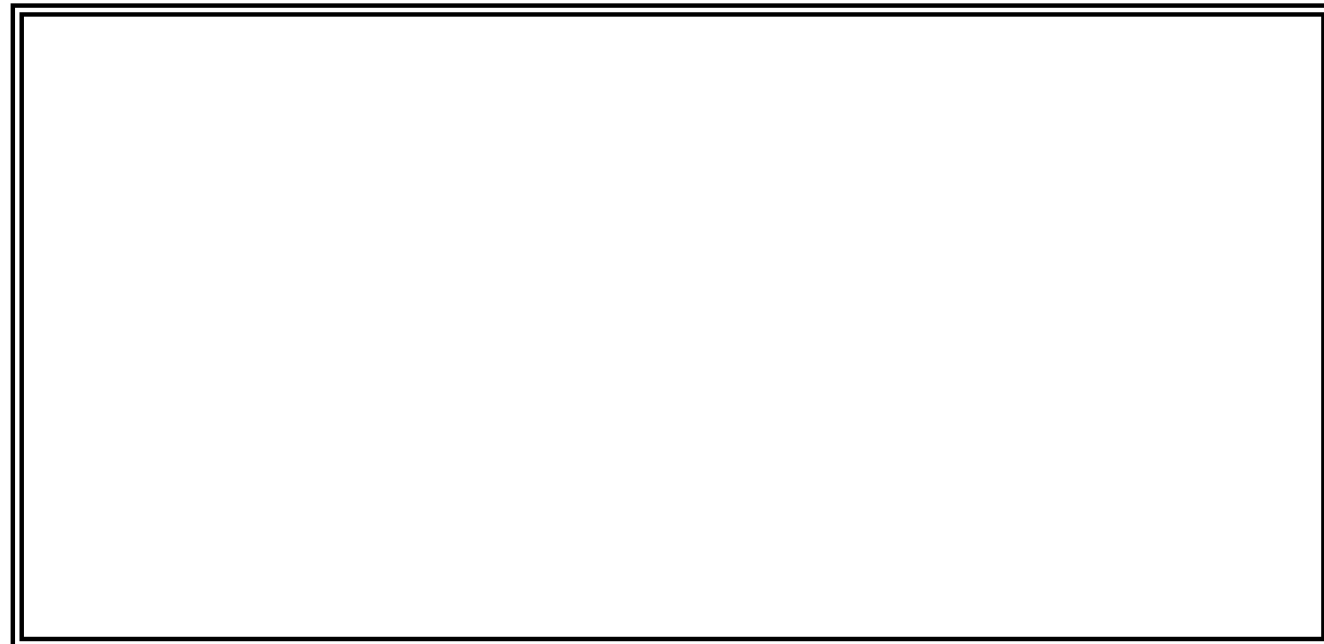
①建物外観・事業所入口



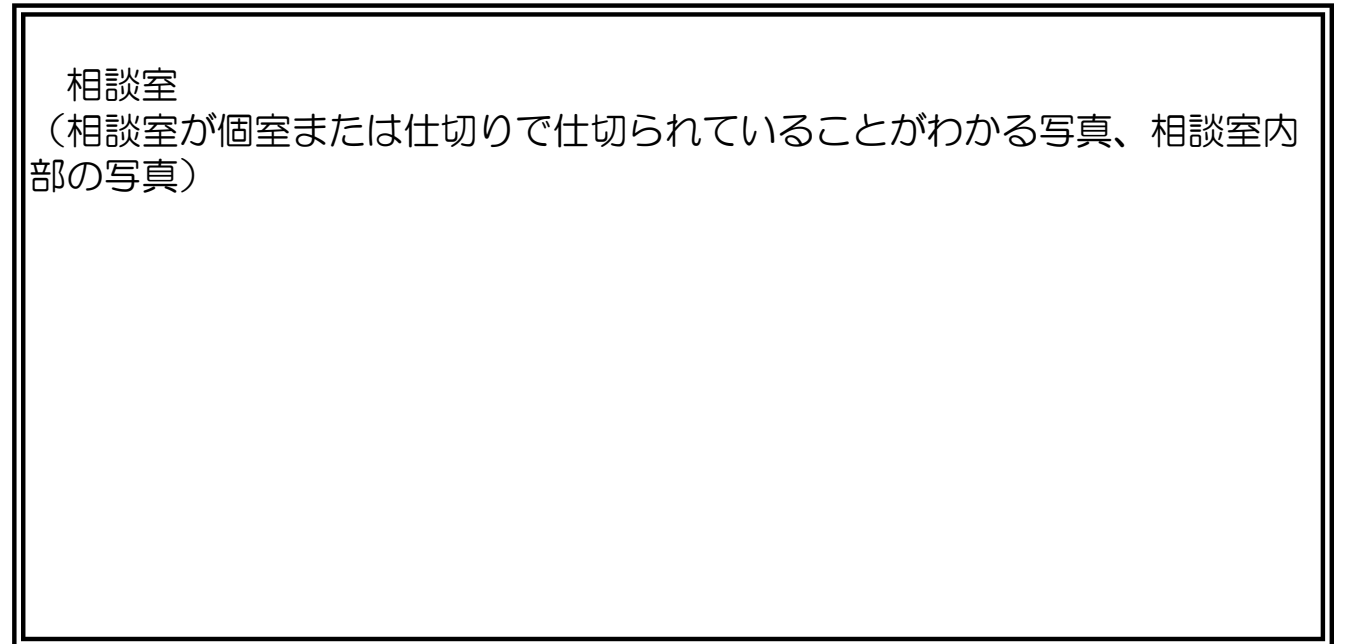
②事務室



③鍵付書庫



④相談室



(参考様式4)

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。
(日本産業規格A列4番)

(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。