

目黒区 介護予防・日常生活支援総合事業【通所型】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) A6	<input type="checkbox"/> 総合事業(区独自基準サービス) A7

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(4)
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	指定に係る記載事項(2単位目以降)	第1号様式(5)(本事業所で複数の単位を実施する場合)
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(別紙「要件確認の必要がある加算一覧」を参照)
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	次の①～③のいずれかを添付 ①都道府県等発行の通所介護指定通知書の写し ②事業所所在地の地域密着型通所介護指定通知書の写し ③①又は②を指定(更新)申請中の場合は、指定(更新)申請書(①②のいずれか)の写し	<input type="checkbox"/> 通所介護指定通知書(有効期間が総合事業指定予定日以降のもの) <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護指定通知書(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"/>	従業員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、毎日の勤務時間(4週間分)を記載した一覧表を単位毎に作成してください。
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	就業規則の写し、組織体制図、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"/> (通所介護又は地域密着型通所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"/>	従業員の資格証の写し	生活相談員で、在職要件が必要な場合は、在職証明書も提出してください。
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	生活相談員の経歴書	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	サービス提供実施単位一覧表(日課表含む)	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	事業所の平面図・建築図面	<input type="checkbox"/> 各室の用途、寸法、面積(内法)及び出入口や廊下の箇所、幅等を記載してください。 <input type="checkbox"/> 平面図は建築図面等、縮尺が正確な図面を使用してください。
15	<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。
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	設備・備品等一覧表	
17	<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決めてください。 <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"/> サービスの利用定員 <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"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービス利用に当たっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <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
18	<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
19	<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
20	<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	カブシキガイシャ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	デイサービストウキョウ									
	名称	デイサービス東京									
	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				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	○	令和3年4月1日		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		○		平成25年10月1日							
地域密着型通所介護											
	介護予防通所介護	○		平成25年10月1日							
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(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					住所		(郵便番号 - )			
	氏名										
	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 <sup>2</sup>									
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 <sup>2</sup>	
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。

## 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	デイサービストウキョウ											
	名称	デイサービス東京											
	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 ハナコ		住所	(郵便番号 153 - 0063 ) 東京都目黒区目黒〇-〇-〇								
	氏名	介護 花子											
	生年月日	昭和〇年〇月〇日											
	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	2 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					15 人					
通所型サービス事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積	48 m <sup>2</sup>		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										
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 checked="" type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input checked="" type="checkbox"/> 介護予防通所介護 <input checked="" type="checkbox"/> 総合事業(予防給付相当サービス) <input checked="" 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							15 人		48 m <sup>2</sup>				
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)	1	1	1		1	1						
非常勤(人)				1	2			2		有・無			
主な揭示事項	定員		15 人										
	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日	年末年始(12/31~1/3)	
	営業時間		平日	8:00~		17:00		土曜	8:00~		17:00	日曜・祝日	~
	サービス提供時間		9:00~11:30										
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 <sup>2</sup>
	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								
	2	営業時間	平日	~			土曜	~			日曜・祝日	~							
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 <sup>2</sup>
	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)																有・無	
	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								
	3	営業時間	平日	~			土曜	~			日曜・祝日	~							
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 <sup>2</sup>
	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)																有・無	
	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								
	4	営業時間	平日	~			土曜	~			日曜・祝日	~							
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)

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。



## 要件確認の必要がある加算一覧

加算内容	必要な添付書類
運動器機能向上体制	機能訓練指導員の資格証(写)
栄養アセスメント 栄養改善体制	・管理栄養士の資格証(写) ・外部との連携に係る契約書又は協定書(写)(外部との連携により管理栄養士を配置している場合のみ)
口腔機能向上加算	言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員のいずれかの資格証(写)
サービス提供体制強化加算	・サービス提供体制強化加算に関する届出書(加算様式) ・算定の根拠を示す書類(参考計算書:参考様式2)
生活機能向上連携加算	訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設と連携していることが分かる契約書又は協定書(写) (通所介護又は地域密着型サービスにおいても、同加算の届出をしていることが必要です。)
事業所評価加算	(目黒区外で既に加算を算定している事業所の場合)事業所所在区市町村発行の事業所評価加算算定可能通知書の写し
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



## 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3)

## サービス提供実施単位一覧表

曜日 時間	月	火	水	木	金	土	備考
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							

- 備考 1 曜日ごとにサービス提供単位の状況を記載してください。また、サービス提供単位ごとの利用定員を記載してください。なおサービス提供単位の時間には、送迎の時間は含みません。
- 2 各事業所・施設において使用している勤務割表等(既に事業を実施している時は直近月の実績)により、サービス提供単位及びサービス提供単位ごとの利用定員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。
- 3 サービス提供単位ごとのサービス内容が分かるもの(日課表等)を添付してください。

(参考様式4)

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

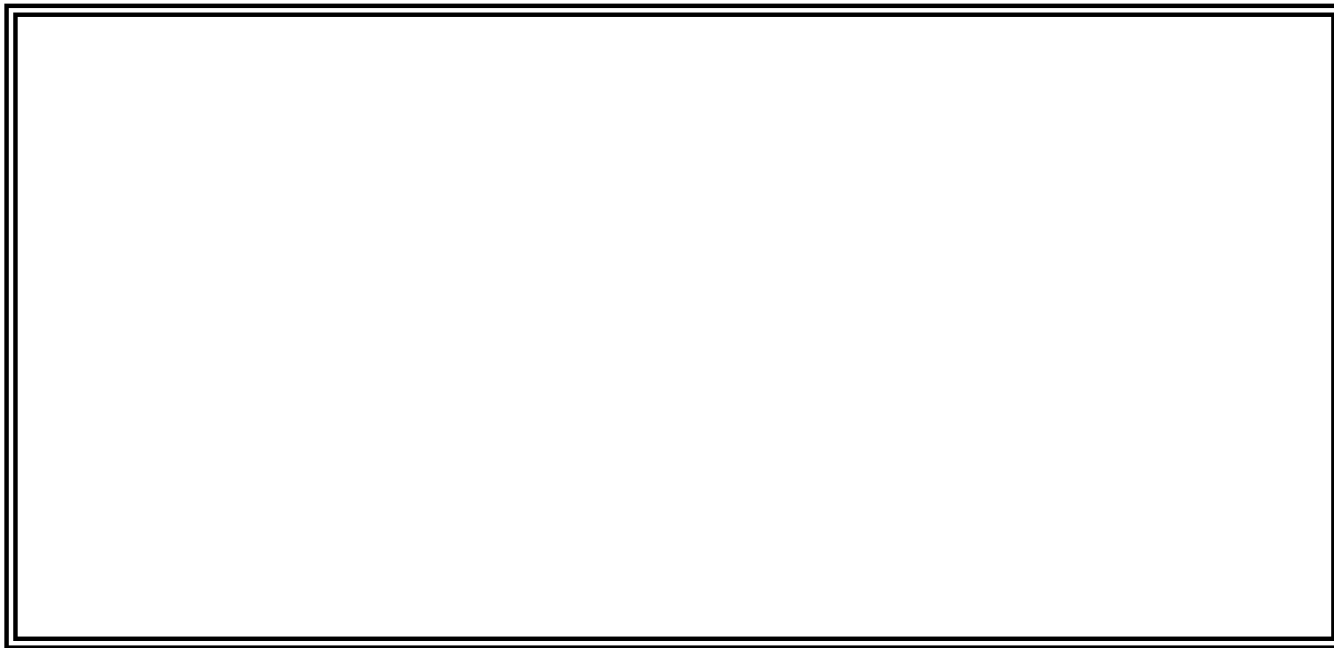
- ◆ カラー写真をA4の台紙等に貼り付けてください。(必要であれば、1箇所複数毎可)

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。

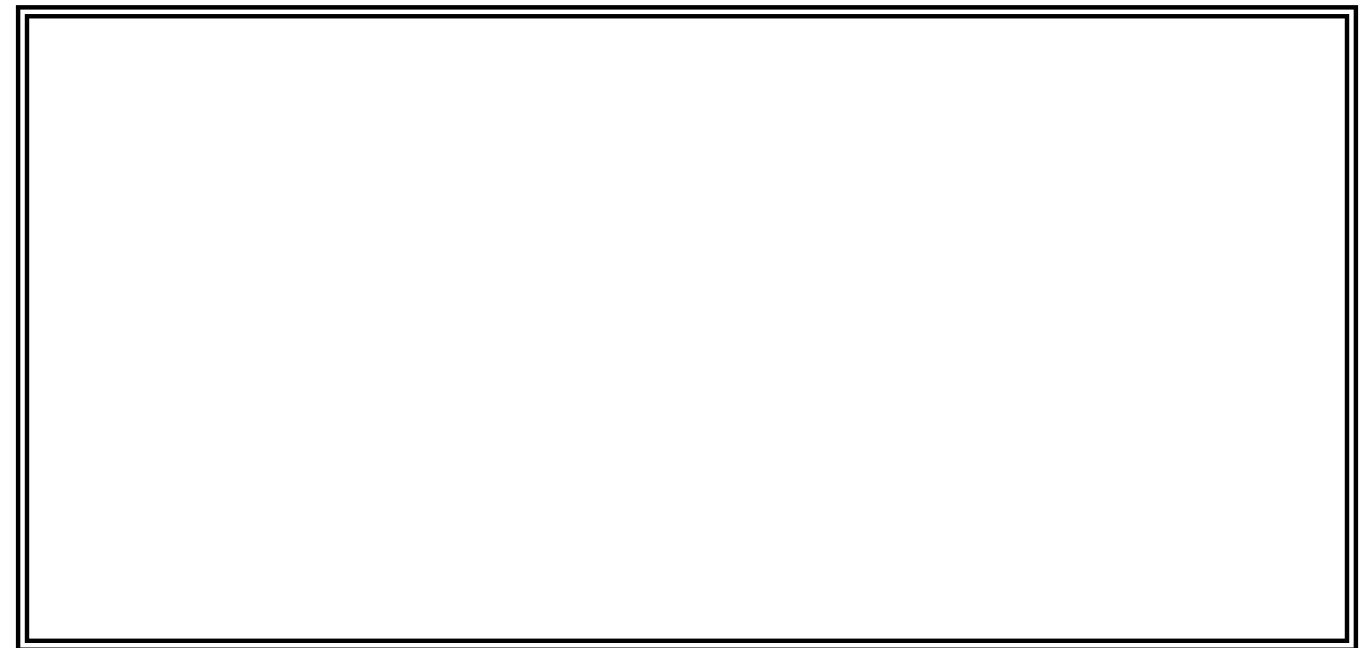
下記の①～④は写真を撮る箇所の一例です。、建物外観、事業所入口、事業所の各部屋(備品が入った状態)が漏れなく分かるように写真を撮影してください。

事業所又は施設の名称	
------------	--

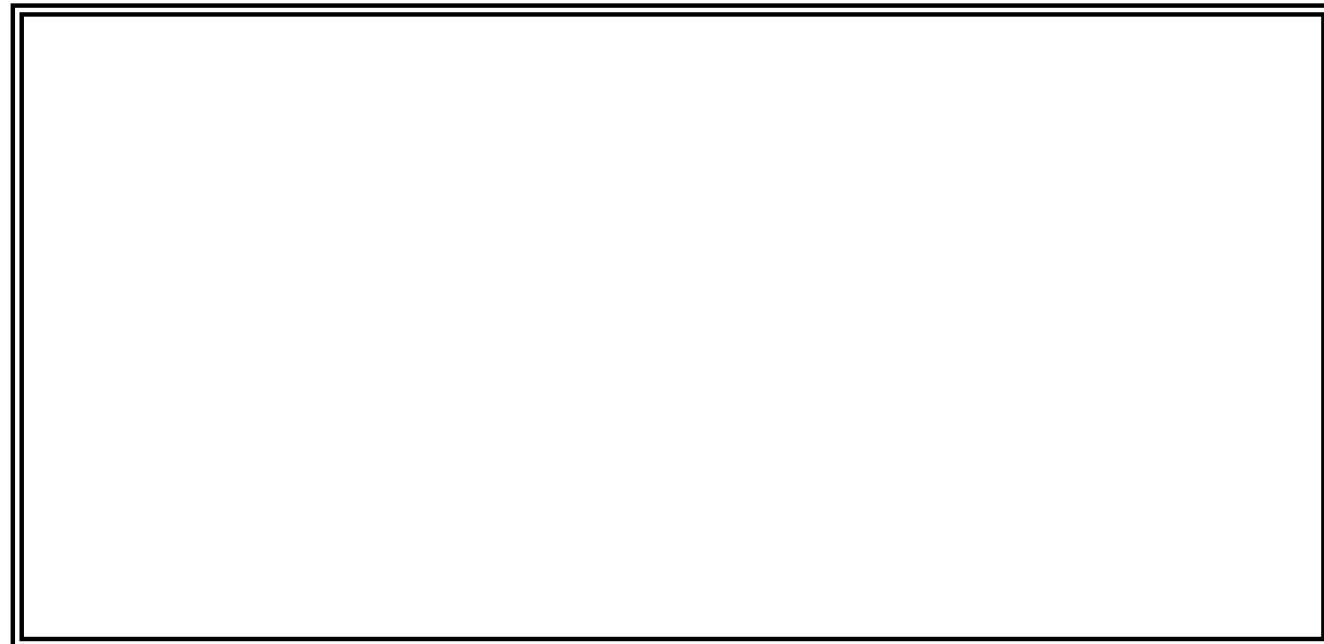
①建物外観・事業所看板



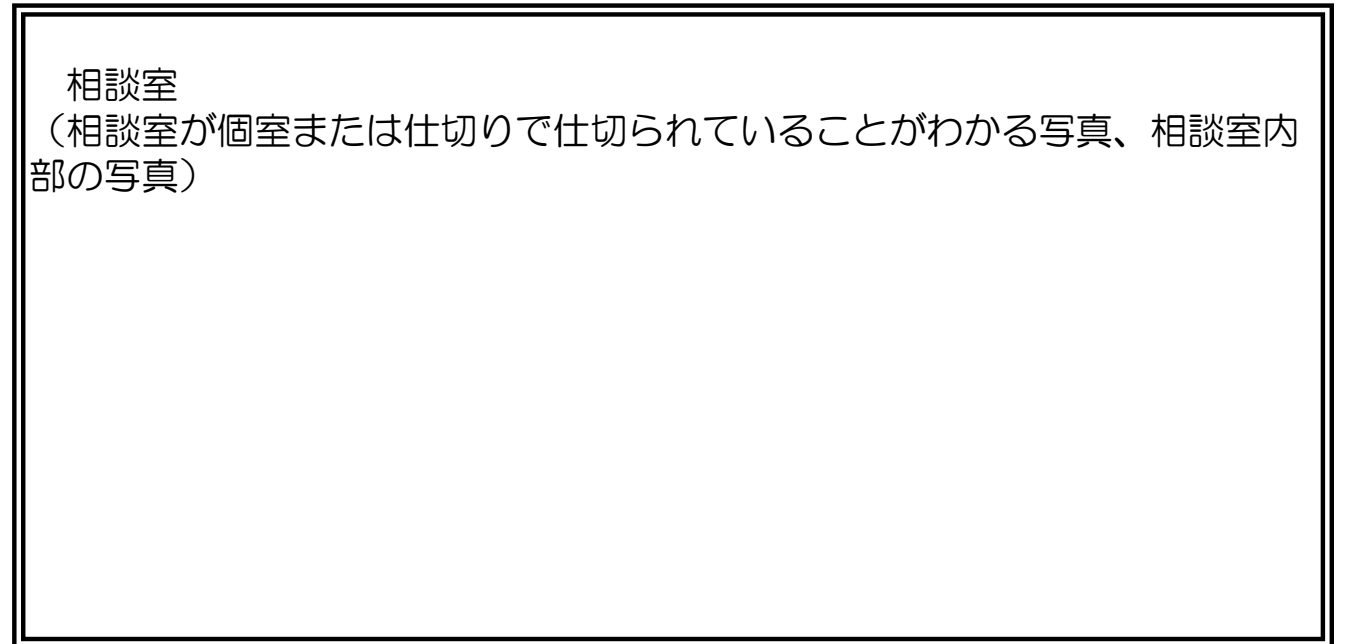
②事務室



③食堂兼機能訓練室



④相談室







(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7)

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。

(加算様式)

令和 年 月 日

サービス提供体制強化加算に関する届出書  
(通所型サービス)

1 事業所名	
2 異動区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了
3 届出項目	<input type="checkbox"/> 1 サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) <input type="checkbox"/> 3 サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)

4 介護職員等の状況

(1) サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)

介護福祉士等の 状況	①に占める②の割合が70%以上		有・無
	① 介護職員の総数 (常勤換算)	人	
	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	又は ①に占める③の割合が25%以上		
	③ ①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の総数 (常勤換算)	人	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>

(2) サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)

介護福祉士等の 状況	①に占める②の割合が50%以上		有・無
	① 介護職員の総数 (常勤換算)	人	
	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>

(3) サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) ※介護福祉士等の状況、勤続年数の状況のうち、いずれか1つを満たすこと。

介護福祉士等の 状況	①に占める②の割合が40%以上		有・無
	① 介護職員の総数 (常勤換算)	人	
	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
勤続年数の状況	①に占める②の割合が30%以上		有・無
	① サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)	人	
	② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数 (常勤換算)	人	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、保険者の定めに基づき、提出又は事業所に保管すること。

介護福祉士等の状況

・介護福祉士の割合の計算書

※(計算の対象となった)介護福祉士の資格証についても、根拠書類としてあわせて保管してください。なお、この資格証の写しは加算の届出の際の提出は不要です。

勤続年数の状況

・勤続7年以上の者(又は10年以上の介護福祉士)の占める割合の計算書

※計算の対象となった職員が、当該法人において在職する(した)ことを示す書類(在職期間と職務内容がわかるもの)についても、根拠書類としてあわせて保管してください。なお、この在職等を示す書類は、加算の届出の際の提出は不要です。

※サービスを直接提供する者とは、生活相談員、看護職員、介護職員又は機能訓練指導員として勤務を行う職員です。

### 有資格者等の割合の参考計算書

事業所名 \_\_\_\_\_  
 事業所番号 \_\_\_\_\_  
 サービス種類 \_\_\_\_\_ 通所型サービス

1. 割合を計算する職員

勤続年数10年以上の介護福祉士

2. 有資格者等の割合の算定期間

前年度(3月を除く)

実績月数

3. 常勤換算方法による計算

前年度(3月を除く)

令和3年	①常勤職員の 一月あたりの 勤務時間	時間	勤続年数10年以上の介護福祉士	②常勤換算方法の 対象外である 常勤の職員数 (常勤・専従等)	人	③常勤換算方法の対象 である常勤の職員の 勤務延時間数 (常勤・兼務等)	時間	④非常勤の職員の 勤務延時間数	時間	常勤換算人数	
										勤続年数10年以上の介護福祉士	介護職員
4月			介護職員		人		時間		時間		
5月			勤続年数10年以上の介護福祉士		人		時間		時間		
5月			介護職員		人		時間		時間		
6月			勤続年数10年以上の介護福祉士		人		時間		時間		
6月			介護職員		人		時間		時間		
7月			勤続年数10年以上の介護福祉士		人		時間		時間		
7月			介護職員		人		時間		時間		
8月			勤続年数10年以上の介護福祉士		人		時間		時間		
8月			介護職員		人		時間		時間		
9月			勤続年数10年以上の介護福祉士		人		時間		時間		
9月			介護職員		人		時間		時間		
10月			勤続年数10年以上の介護福祉士		人		時間		時間		
10月			介護職員		人		時間		時間		
11月			勤続年数10年以上の介護福祉士		人		時間		時間		
11月			介護職員		人		時間		時間		
12月			勤続年数10年以上の介護福祉士		人		時間		時間		
12月			介護職員		人		時間		時間		
令和4年			勤続年数10年以上の介護福祉士		人		時間		時間		
1月			介護職員		人		時間		時間		
2月			勤続年数10年以上の介護福祉士		人		時間		時間		
2月			介護職員		人		時間		時間		

合計		
一月あたりの平均値		
勤続年数10年以上の介護福祉士の割合		

届出日の属する月の前3月

←新規事業所等はこちらを使用して計算してください。

令和4年	①常勤職員の 一月あたりの 勤務時間	時間	勤続年数10年以上の介護福祉士	②常勤換算方法の 対象外である 常勤の職員数 (常勤・専従等)	人	③常勤換算方法の対象 である常勤の職員の 勤務延時間数 (常勤・兼務等)	時間	④非常勤の職員の 勤務延時間数	時間	常勤換算人数	
										勤続年数10年以上の介護福祉士	介護職員
4月			介護職員		人		時間		時間		
5月			勤続年数10年以上の介護福祉士		人		時間		時間		
5月			介護職員		人		時間		時間		
6月			勤続年数10年以上の介護福祉士		人		時間		時間		
6月			介護職員		人		時間		時間		

合計		
一月あたりの平均値		
勤続年数10年以上の介護福祉士の割合		

- ◆サービス提供体制強化加算(Ⅰ)の要件  
介護福祉士の割合が70%以上  
もしくは、勤続年数10年以上の介護福祉士の割合が25%以上
- ◆サービス提供体制強化加算(Ⅱ)の要件  
介護福祉士の割合が50%以上
- ◆サービス提供体制強化加算(Ⅲ)の要件  
介護福祉士の割合が40%以上  
もしくは、勤続年数7年以上の職員の割合が30%以上

(注)介護福祉士に係る要件は、「介護職員の総数に占める介護福祉士の割合」、勤続年数に係る要件は「利用者に直接サービスを提供する職員の総数に占める7年以上勤続職員の割合」です。

#### 備考

- ・本計算書は、有資格者等の割合が要件となっている加算の届出を行う際に、事業所・施設において使用している勤務割表等を自治体に提出する場合の参考資料としてご活用ください。なお、有資格者等の割合の計算根拠資料が他にある場合は、本計算書の添付は不要です。
  - ・本計算書は、黄色網掛けのセルについて記入または選択をしてください。
  - ・「1. 割合を計算する職員」は、本計算書で計算する有資格者等の種類を選択してください。
  - ・「2. 有資格者等の割合の算定期間」は、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始した、または再開した事業所)については、届出日の属する月の前3月について計算します。それ以外は前年度(3月を除く)の平均を用いて計算しますので、該当の期間を選択し、実績月数を記入してください。
  - ・「3. 常勤換算方法による計算」
    - 常勤換算方法とは、非常勤の従業者について「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の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者については常勤換算方法によらず、実人数で計算します。常勤で兼務の従業者については、実態に応じて以下の①・②に実人数または勤務延時間数を記入してください。
    - ①当該事業所または施設において常勤の職員が勤務すべき一月あたりの時間数を記入してください。
    - ②当該事業所または施設における、常勤換算方法の対象外である常勤の職員の人数を記入してください。  
(常勤・専従の職員、当該事業所または施設で他の職種を兼務している常勤の職員等)
    - ③常勤の職員のうち、併設事業所等の他の職種を兼務しており、1人と計算するのが適当ではない職員の勤務延時間数を記入してください。
    - ④非常勤の職員の勤務延時間数を記入してください。
- ※「常勤・非常勤」の区分について  
常勤とは、当該事業所または施設における勤務時間が、当該事業所または施設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います。雇用の形態は考慮しません。例えば、常勤者は週に40時間勤務することとされた事業所であれば、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業者は常勤扱いとなります。
- ※従業者が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、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(常勤)として取り扱うことが可能です。  
この場合、「②常勤換算方法の対象外である常勤の職員数」の欄に1(人)として記入してください。
- ※新規事業所等で、届出日の属する月の前3月により計算する場合は、該当する月に人数・勤務延時間数等を記入してください。
- ・その他、各加算における規定は各サービスの告示等をご確認ください。