

様式 1

受付番号

燕市介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定(更新)申請書

燕市長 様

年 月 日

申請者 住所  
氏名  
〔 法人にあつては、名称  
及び代表者の職・氏名 〕

介護保険法に規定する事業者及び施設に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

記

申請者	(フリガナ) 名 称						
	(フリガナ) 主たる事務所の 所在地	(郵便番号 - )		都 道 市 郡 府 県 区			
	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			(フリガナ) 氏名	生 年 月 日	
指定(更新)を受けようとする事業所の概要	(フリガナ) 事業所(施設)の名称						
	(フリガナ) 事業所の所在地 (施設の開設の場所)	(郵便番号 - )		新 潟 県 市 郡			
	連絡先	担当者			電話番号	FAX番号	
	同一所在地において行う事業等の種類		居宅サービス・居宅介護支援・施設				
			申請する事業等の開始予定年月日		既に指定(許可)を受けている事業等の 指定(許可)年月日		
訪問介護		/					
介護予防訪問介護		/					
基準型訪問サービス		/					
緩和型訪問サービス		/					
通所介護		/					
介護予防通所介護		/					
基準型通所サービス		/					
緩和型通所サービス		/					
介護保険事業所番号		(既に指定(許可)を受けている場合・・・複数ある場合は適宜様式を補正して記入)					
保険医療機関コード等		/					

注 申請に必要な書類は申請提出書類一覧のとおり

「受付番号」欄には記載しない□

「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合には、社会福祉法人、医療法人、社団法人、株式会社、有限会社等の別を記載□

「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載□

「指定申請をする事業の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□

「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

訪問型サービス 基準型 ( ) 緩和型 ( ) に係る記載事項

(表)

当該事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条文										第 条 第 項 第 号										
管理者	(フリガナ) 氏名					(フリガナ) 住所					(郵便番号 - )									
	生年月日					住所														
	当該事業所で兼務する場合					兼務する職務														
	同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合					事業所、施設等の名称														
						兼務する職務及び勤務時間等														
事業開始時の利用者の推定数										人										
サービス提供責任者	(フリガナ) 氏名					(フリガナ) 住所					(郵便番号 - )									
	生年月日					住所														
	(フリガナ) 氏名					(フリガナ) 住所					(郵便番号 - )									
	生年月日					住所														
従業者	区 分					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)																			
	※基準上の必要人数 (人)																			
※適合の可否																				
主な揭示事項	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		～		日曜日・祝日		～					
	利用料		法定代理受領分			燕市が定める基準額の利用者負担分														
			法定代理受領分以外			燕市が定める基準額														
	その他の費用																			
通常の事業の実施地域		①			②			③			④			⑤						
		備考																		

注 ※欄は記入しないこと。

(裏)

事業所の一部として使用される事務所の数		事務所	
事業所の一部として使用される事務所	(フリガナ) 名称		
	(フリガナ) 所在地	(郵便番号 - ) 新潟県 市郡	
	連絡先	電話番号	FAX番号
	備考		
	(フリガナ) 名称		
	(フリガナ) 所在地	(郵便番号 - ) 新潟県 市郡	
	連絡先	電話番号	FAX番号
	備考		

注 事業所の所在地以外の場所に事業所の一部として使用される事務所を有する場合に記入すること。

通所型サービス 基準型 ( ) 緩和型 ( ) に係る記載事項

(表)

当該事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条文										第 条 第 項 第 号										
管理 者	(フリガナ) 氏 名					(フリガ 住 所					(郵便番号 - )									
	生年月日																			
	当該事業所で兼務する場合					兼務する職務														
	同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合					事業所、施設等の名称					兼務する職務及び勤務時間等									
利用定員(同時に通所介護を受けることができる利用者数の上限)の合計										人										
実施単位数					単位															
食堂及び機能訓練室の面積の合計										㎡										
単 位 別 ( 単 位 目 )	従 業 者	区 分		生活相談員			看護職員			介護職員			機能訓練指導員							
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務							
		常 勤 (人)																		
		非 常 勤 (人)																		
		※基準上の必要人数 (人)																		
※適合の可否																				
食堂及び機能訓練室の面積					㎡					※基準上の必要面積					※適合の可否					
										㎡以上										
利用定員					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		～			日曜日・祝日		～			
備考																				
利用料					法定代理受領分					燕市が定める基準額の利用者負担分										
					法定代理受領分以外					燕市が定める基準額										
その他の費用																				
通常の事業の実施地域					①			②			③			④			⑤			
備考																				

注1 ※欄は記入しないこと。

注2 療養通所介護の場合、「食堂及び機能訓練室」とあるのは「専用の部屋」と読み替える。

(裏)

区分	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員				
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
従業員	常勤 (人)										
	非常勤 (人)										
	※基準上の必要人数 (人)										
	※適合の可否										
単位別	食堂及び機能訓練室の面積		m <sup>2</sup>		※基準上の必要面積		※適合の可否				
					m <sup>2</sup> 以上						
主な揭示事項	利用定員	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	～		日曜日・祝日	～		
		備考									
	利用料	法定代理受領分		燕市が定める基準額の利用者負担分							
		法定代理受領分以外		燕市が定める基準額							
その他の費用											
通常の事業の実施地域	①	②		③		④		⑤			
	備考										

注 単位数が2単位以上の場合に記載すること。

事業の一部を行う施設の数	施設	
(フリガナ) 名称		
(フリガナ) 所在地	(郵便番号 - ) 新潟県 市郡	
連絡先	電話番号	FAX番号
備考		

注 事業所の所在地以外の場所に事業の一部を行う施設を有する場合に記入すること。

## サービス提供責任者(訪問事業責任者) 経歴書

住所				
ふりがな 氏名			生年月日	
経          歴	期 間	勤 務 先		職務内容等
資 格 の 種 類	種 類		取得年月日	
備 考				

様式5

## 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	
措置の概要	
1 利用者からの相談又は苦情などに対応する常設の窓口(連絡先)及び担当者の設置状況	
2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制及び手順	
3 その他参考事項	







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

(宛先) 燕市長 様

所在地 (住所)

名称 (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 - )				
	連絡先	電話番号		F A X 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 - )				
事業所・施設 の状況	フリガナ 名 称					
	主たる事業所・施設の 所在地	(郵便番号 - )				
	連絡先	電話番号		F A X 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 - )				
	連絡先	電話番号		F A X 番号		
	管理者の氏名					
	管理者の住所	(郵便番号 - )				
届出を行う 事業所の 状況	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定年月日	異動等の区分	異動 (予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合)
	基準型訪問サービス			1新規 2変更 3終了		
	緩和型訪問サービス			1新規 2変更 3終了		
	基準型通所サービス			1新規 2変更 3終了		
	緩和型通所サービス			1新規 2変更 3終了		
	介護保険事業所番号	(既に指定 (許可) を受けている場合・・・複数ある場合は適宜様式を補正して記入)				
特記事項	変 更 前			変 更 後		
	関係書類					

- 備考1 「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。
- 2 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 3 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 4 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所について該当する数字に「○」を記入してください。
- 5 「異動項目」欄には、様式8「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。
- 6 「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。
- 7 「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。

燕市介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表

所在地:

届出者 名称:

(開設者) 代表者の職・氏名:

提出担当者	連絡先TEL		FAX	
	氏名			

サービス種類		新規・変更の別	
事業所名		1 新規	2 変更
事業所番号		年	月 日から適用
社会福祉法人軽減事業実施の有無			1 なし 2 あり

次の区分に該当するものとして、届け出ます。

提供サービス	届出の内容					変更	LIFE への登録	変更	割引	変更
	その他該当する体制等									
A2 基準型訪問サービス	特別地域加算	1 なし	2 あり				1 なし		1 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)	1 非該当	2 該当				2 あり		2 あり	
	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	2 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							
A2 緩和型訪問サービス	特別地域加算	1 なし	2 あり				1 なし		1 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)	1 非該当	2 該当				2 あり		2 あり	
	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	2 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							
A6 基準型通所サービス	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		1 なし	
	若年性認知症利用者受入加算	1 なし	2 あり				2 あり		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							
	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								
A6 緩和型通所サービス	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		1 なし	
	運動器機能向上体制	1 なし	2 あり				2 あり		2 あり	
	事業所評価加算(申出)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					
	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						

〔 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	1 新規      2 変更      3 終了
3 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)    2 サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 3 サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

## 5 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	
	又は ①に占める③の割合が25%以上		有・無
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		

## (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	

## (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	
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	

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。