

第一号事業者(訪問型)の指定申請に係る添付書類一覧

(この書類も提出してください。)

申請する事業所の名称	
------------	--

	申 請 書 及 び 添 付 書 類	申請者 確認欄	都申請書類 コピー可
申請書	稲城市介護予防・日常生活支援総合事業指定第一号事業者指定申請書(第1号様式)		
	第一号事業者(訪問型サービスA・C)の指定に係る記載事項(付表1)		
1	申請者の登記簿謄本又は条例等		○
2	従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(参考様式1) ※常勤の勤務時間及び改正日時がわかるページのみ		
3	資格証の写し、雇用契約書の写し又は誓約文		○
4	事業所の平面図等(参考様式3) 外観及び内部の様子がわかる写真		○
5	運営規程(料金表含む)		
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(参考様式4)		○
7	介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書(参考様式5)		
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(別紙1)		

- 備考 1 「申請者確認欄」の該当欄に「○」を付し、添付書類等に漏れがないよう確認してください。
2 添付書類については、各様式の説明を参照してください。

担 当 者 連 絡 先	
提出いただいた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	(電話)
	(FAX)
	(Email)

付表1 第一号事業者(訪問型サービスA・C)の指定に係る記載事項

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								
		Email														
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)										
	氏名															
	生年月日															
	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(兼務の場合記入)	事業所等名称				兼務する職種及び勤務時間等										
訪問事業 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)															
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・祝日		
		備考														
	その他の費用															
	通常の事業 実施地域	①			②			③			④			⑤		
	備考															
添付書類	別添のとおり															

備考 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。
 ※訪問事業責任者の要件は、介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者または一定の研修受講者

(参考様式3)
事業所の平面図等

事業所又は施設の名称



備考1 各室の用途を記載してください。

2 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

3 設備及び備品の概要を記載することとなっている場合は、本様式の余白部分に当該サービスの提供を行うために整備する備品等の品名及び員数を記載することで差し支えありません。

4 訪問型サービスAの設備基準は、事業の運営に必要な広さを有する専用の区画、必要な設備・備品です。 (日本工業規格A列4番)

(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

- | | | | |
|---|--------------|-----|-----|
| ① | 連絡先 | TEL | FAX |
| ② | 担当者名 | | |
| ③ | 受付時間 | | |
| ④ | 担当者が不在の場合の対応 | | |

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。
(日本工業規格A列4番)

(参考様式5)

介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

稲城市長 殿

申請者 住所

氏名 (法人にあつては名称及び代表者名)

印

介護保険法第115条の45の5第2項に該当しないことを誓約します。

記

【介護保険法第115条の45の5第2項】

市町村長は、前項の申請があつた場合において、申請者が厚生労働省令で定める基準に従つて適正に第一号事業を行うことができないと認められるときは、指定事業者の指定をしてはならない。

【介護保険法施行規則第140条の63の6】

法第百十五条の四十五の五第二項に規定する厚生労働省令で定める基準は、市町村が定める基準であつて、次のいずれかに該当するものとする。

一 第一号事業(第一号生活支援事業を除く。)に係る基準として、次に掲げるいずれかに該当する基準

イ 介護保険法施行規則等の一部を改正する省令(平成二十七年厚生労働省令第四号)附則第二条第三号

若しくは第四条第三号の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成十八年厚生労働省令第三十五号。ロにおいて「旧指定介護予防サービス等基準」という。)に規定する旧介護予防訪問介護若しくは旧介護予防通所介護に係る基準の例による基準又は指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成十八年厚生労働省令第三十七号。ロにおいて「指定介護予防支援等基準」という。)に規定する介護予防支援に係る基準の例による基準

ロ 旧指定介護予防サービス等基準に規定する基準該当介護予防サービス(旧介護予防訪問介護及び旧介護予防通所介護に係るものに限る。)に係る基準又は指定介護予防支援等基準に規定する基準該当介護予防支援に係る基準の例による基準

ハ 平成二十六年改正前法第五十四条第一項第三号又は法第五十九条第一項第二号に規定する離島その他の地域であつて厚生労働大臣が定める基準に該当するものに住所を有する居宅要支援被保険者等が、平成二十六年改正前法第五十四条第一項第三号又は法第五十九条第一項第二号に規定するサービスを受けた場合における当該サービスの内容を勘案した基準

二 第一号事業に係る基準として、当該第一号事業に係るサービスの内容等を勘案した基準(前号に掲げるものを除く。)

(別紙1)

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										
事業所名称	(フリガナ)									
事業所所在地	(郵便番号 -)									

提供サービス		そ の 他 該 当 す る 体 制 等				
A3	訪問型サービスA	初回加算	1	なし	2	あり
		処遇改善加算	1	なし	2	あり 【 (I) (II) (III) (IV) 】
A4	訪問型サービスC	初回加算	1	なし	2	あり
A7	通所型サービスA	運動機能向上加算	1	なし	2	あり
		入浴介助加算	1	なし	2	あり 【 (I) (II) 】
		科学的介護推進体制加算	1	なし	2	あり
		栄養アセスメント加算	1	なし	2	あり
		処遇改善加算	1	なし	2	あり 【 (I) (II) (III) (IV) 】

備考 事業所・施設において、該当する番号等に○印を付してください。