

受付番号

# 介護予防・日常生活支援総合事業所(新規・更新)指定申請書

年 月 日

墨田区長 あて

所在地

申請者  
(事業者) 名称

印

「墨田区介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業指定事業者の指定等に関する要綱」に係る指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ				
	名称				
	主たる事業所の所在地 (〒 - ) 都道市区 府県 区				
	連絡先		電話番号	FAX番号	
指定を受けようとする事業所の種類	法人の種類別		法人の所轄庁		
	代表者の職・名前・生年月日	職名	フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日	
	代表者の住所 (〒 - ) 都道市区 府県 区				
	フリガナ 事業所等の名称				
事業所等の所在地 (〒 - ) 東京都 区					
「(地密)通所介護」、「予防通所介護」、「通所型サービスA」の指定年月日を記載					
事業所・施設の種類の		実施事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業等の指定年月日	様式
介護給付					
訪問介護					
通所介護			既に同一所在地で実施している事業に「」を記載		
予防給付					
予防訪問介護					
予防通所介護					
予防給付基準相当サービス(現行相当)					
訪問型サービス					付表1
通所型サービス					付表2
区独自基準によるサービス					
通所型サービスA					付表3
介護保険事業所番号					(既に指定を受けている場合)
指定を受けている他区市町村名					既に墨田区又は他区で、A6又はA7の指定を受けている場合は記載
医療機関コード等					

- 備考1 「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」等の別を記載してください。
- 2 「法人所轄庁」欄、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、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「」を記載してください。
- 4 「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してください。
- 5 「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。
- 6 保険医療機関、保健薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている

様式第1号

場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

同 意 書

墨田区介護予防・日常生活支援総合事業所の指定及び実施に当たって、東京都、国民健康保険団体連合会等へ申請に係る必要な事項について、情報提供することに同意します。

年 月 日

申請代表者 住 所  
氏 名

印

墨 田 区 長 あて

予防給付基準相当サービス（訪問）の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	( 〒 - )										
	連絡先	電話番号		FAX番号								
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			住所	( 〒 - )							
	名前											
	生年月日											
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合記入）				(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										
サービス提供責任者	フリガナ				住所	( 〒 - )						
	名前											
	フリガナ				住所	( 〒 - )						
	名前											
従業者の職種・員数		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)												
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										
	利用料	法定代理受領分										
		(一割又は二割負担分)										
	法定代理受領分以外											
その他の費用												
通常の事業実施地域	備考											
添付書類	別添のとおり											

- 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すること。  
 2 出張所等がある場合、所在地、従業者、営業時間等を付表 1 - 2に記載すること。  
 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

予防給付基準相当サービス（訪問）を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

事業所	フリガナ															
	名称															
	所在地	( 〒 - )														
	連絡先	電話番号						FAX番号								
主な 掲 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														
	利用料	法定代理受領分 (一割又は二割負担分)														
		法定代理受領分以外														
その他の費用																
通常の事業実施地域																
	備考															
添付書類	別添のとおり															

- 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すること。  
 2 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

予防給付基準相当サービス（通所）の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(〒 - )										
	連絡先	電話番号				FAX番号						
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											
	名前				住所	(〒 - )						
	生年月日											
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合記入）					(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									
実施単位数	単位	当該事業所で同時に通所事業を行う利用者数の上限							人			
従業者の職種・員数（単位別）		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 (有・無)		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
単位別従業者	常勤（人）											
	非常勤（人）											
当該サービス以外に同一所在地で指定を受けている（受ける）サービスに印をつけてください。 通所介護 地域密着型通所介護 通所型サービスA（一体型） 通所型サービスA（単独型） その他（ ）												
食堂及び機能訓練室の合計面積							㎡					
主な 掲 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	平日	~			土曜	~		日曜・祝日	~		
	利用料	法定代理受領分										
		（一割又は二割負担分）										
	法定代理受領分以外											
その他の費用												
通常の事業 実施地域												
	備考											
添付書類	別添のとおり											

- 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すること。
- 2 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事者の職種・員数については、付表2-1（別紙）に記載し添付すること。
- 3 本事業所の所在地以外の場所で本事業の一部を実施するときは、付表2-2に必要な事項を記載の上、添付すること。
- 4 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

予防給付基準相当サービス(通所)(2単位目以降)

事業所	フリガナ														
	名称														
単位	従業者の職種・員数(単位別)			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(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)														
2	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														
単位	従業者の職種・員数(単位別)			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(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)														
3	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														
単位	従業者の職種・員数(単位別)			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(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)														
4	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														

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すること。

予防給付基準相当サービス（通所）を事業所所在地以外の場面で一部実施する場合の記載事項

事業所	フリガナ											
	名称											
一部事業施設数		施設										
一部事業施設	フリガナ											
	名称											
	所在地	(〒 - )										
	連絡先	電話番号				FAX番号						
当該事業所で同時に通所事業を行う利用者数の上限											人	
従業者の職種・員数				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	
				常勤(人)								
非常勤(人)												
食堂及び機能訓練室の合計面積				m <sup>2</sup>								
定員		人										
主な 掲示 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	~		
		サービス提供時間										
		備考										
	利用料	法定代理受領分 (一割又は二割負担分)										
		法定代理受領分以外										
その他の費用												
通常の事業実施地域	備考											
添付書類	別添のとおり											

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すること。

2 「主な掲示項目」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

添付書類 一部事業施設の平面図（設備、備品概要を含む）





区独自基準によるサービス(通所型サービスA)(2単位目以降)

事業所	フリガナ		2単位以上設ける場合は、こちらに記載															
	名称																	
単位	従業者の職種・員数(単位別)			生活相談員		看護職員		介護職員(従事者)		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(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)																	
食堂及び機能訓練室の合計面積			m <sup>2</sup>										(当該事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積			m <sup>2</sup> )		
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			運営規程と相違ないよう記載											
備考																		
単位	従業者の職種・員数(単位別)			生活相談員		看護職員		介護職員(従事者)		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(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)																	
食堂及び機能訓練室の合計面積			m <sup>2</sup>										(当該事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積			m <sup>2</sup> )		
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	従業者の職種・員数(単位別)			生活相談員		看護職員		介護職員(従事者)		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(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)																	
食堂及び機能訓練室の合計面積			m <sup>2</sup>										(当該事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積			m <sup>2</sup> )		
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 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すること。



(参考様式2)

## 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 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3)

## 管理者経歴書

事業所又は施設の名称			
兼務する職種			
フリガナ		生年月日	年 月 日
名 前			
住 所	(〒 - )		
電話番号		FAX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、「事業所又は施設の名称」欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。

3 研修が義務付けられている職種については、備考欄に受講した研修名を記載するとともに、修了証等の写しを添付してください。

4 個人情報については、当該指定事務に関するもののみに使用し、墨田区個人情報保護条例に基づき、適正に管理いたします。

(参考様式4)

## サービス提供責任者経歴書

事業所又は施設の名称			
兼務する職種			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	(郵便番号 - )		
電話番号		FAX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 研修が義務付けられている職種については、備考欄に受講した研修名を記載するとともに、修了証等の写しを添付してください。

3 個人情報については、当該指定事務に関するもののみを使用し、墨田区個人情報保護条例に基づき、適正に管理いたします。

(参考様式5)

### サービス提供責任者一覧表

事業所名			
名 前		住 所	資 格
フリガナ 名 前		(〒 - )	
フリガナ 名 前		(〒 - )	
フリガナ 名 前		(〒 - )	
フリガナ 名 前		(〒 - )	
フリガナ 名 前		(〒 - )	
フリガナ 名 前		(〒 - )	
フリガナ 名 前		(〒 - )	
フリガナ 名 前		(〒 - )	
フリガナ 名 前		(〒 - )	
フリガナ 名 前		(〒 - )	
フリガナ 名 前		(〒 - )	
フリガナ 名 前		(〒 - )	
フリガナ 名 前		(〒 - )	
フリガナ 名 前		(〒 - )	
フリガナ 名 前		(〒 - )	
フリガナ 名 前		(〒 - )	
フリガナ 名 前		(〒 - )	
フリガナ 名 前		(〒 - )	
フリガナ 名 前		(〒 - )	
フリガナ 名 前		(〒 - )	

備考 1 付表1-1の「サービス提供責任者」の記入欄が不足する場合に記入してください。  
2 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の用紙に記載した書類を添付してください。

(参考様式6)

## 事業所平面図

「一体型」で申請する場合、「通所介護(現行相当含む)事業」で既に申請している部分、「通所型サービスA」として申請する部分が区別できるよう記載してください

備考1 各室の用途及び面積を記載してください。

2 当該事業の専用部分と他との共有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。また、線の種類(実線・破線等)太さ等で壁やパーテーション、アコーディオンカーテン等の区別をしてください。

3 設計図等、必要な設備及び面積が記載されているものがあれば、その書類をもって添付書類として差し支えありません。

(参考様式7)

設備・備品等一覧表

サービス種類( )

事業所名・施設名( )

部屋・設備の種類	設備基準上適合すべき項目についての状況	適合の可否
サービス提供上配慮すべき設備の概要  非常災害設備等	<p>「鍵つきキャビネット」は個人情報管理の観点から必ず設置し、こちらにも記載ください。</p> <p>非常災害対策のため、備蓄しているものを記載してください。 (例) 飲料水、介護用品(おむつ、尿とりパット等) 日分</p>	
備品の目録	備品の品名及び数量	
	<p>消防設備に関する備品等も記載してください。 (例) 消火器 本</p>	

- 備考
- 1 申請するサービス種類のに関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。
  - 2 必要に応じて写真等を添付し、その旨を併せて記載してください。
  - 3 「適合の可否」の欄には、何も記載しないでください。



(参考様式8)

## 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

「保険者」及び「東京都国民健康保険団体連合会」は必ず記載してください  
「保険者」  
所在地:墨田区吾妻橋一丁目23番20号  
墨田区介護保険課給付・事業者指導担当 (TEL:03-5608-6544)  
「東京都国民健康保険団体連合会」  
所在地:千代田区飯田橋三丁目5番1号東京区政会館11階  
(TEL:03-6238-0177)(苦情相談窓口専用)

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。

(参考様式9)

介護保険法第115条の45の5第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

墨田区長 あて

所在地

申請者 名称  
(事業者)

代表者

印

住所

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

記

(介護保険法第115条の45の5第2項)

市長村長は、前項の申請があった場合において、申請者が厚生労働省令で定める基準に従って適正に第1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って、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

八 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。）

法人役員・事業所管理者名簿

フリガナ	生年月日	〒 住 所		印
名 前	役 職 名	TEL	FAX	

必ず「印」が必要

「管理者」の記載も必要

備考 1 役員等の範囲  
 ( 1 ) 当該法人の役員 ( 業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものを含む。 )  
 ( 2 ) 当該事業所の管理者  
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。