

# 佐賀中部広域連合 生活援助型訪問サービス・運動型通所サービスの指定申請について

平成30年10月から、現行相当サービスとあわせて基準緩和サービス等を創設します。

## ◎総合事業（第1号事業）の実施サービス

- 介護予防訪問介護相当サービス
- **生活援助型訪問サービス**
- 介護予防通所介護相当サービス
- **運動型通所サービス**

## ◎実施区域

佐賀中部広域内市町  
【佐賀市、多久市、小城市、神埼市、吉野ヶ里町】

## 1. 事業所の指定の申請について

佐賀中部広域連合の被保険者に対し「生活援助型訪問サービス」及び「運動型通所サービス」を提供するには、本広域連合の事業所としてサービスを追加して指定を受ける必要がある。このため、これらのサービスを実施する事業所は、以下の要領により指定申請等の手続きを行うこと。

※ 保険者からの指定がないと、事業費を請求することができない。

**すでに「訪問介護等」の指定を受けている事業所、又はこれと同時に「生活援助型訪問サービス」及び「運動型通所サービス」の新規の指定を受ける予定の事業所**

「訪問介護」、「通所介護」若しくは「地域密着型通所介護」（以下「訪問介護等」という。）の事業所としての指定をすでに受けている事業所については、施行規則第140条の63の5第1項のただし書きの規定により新規指定申請書以外の添付すべき書類のうち**重複する添付書類について省略するものとする。**

### <必要な提出書類（重複する書類を除いたもの）>

- ① 佐賀中部広域連合介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業者）指定(許可)申請書
- ② 第1号事業者の指定（許可）申請に係る添付書類一覧
- ③ 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1）
- ④ 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
- ⑤ 法人役員・事業所管理者名簿

**上記以外で「生活援助型訪問サービス」及び「運動型通所サービス」の新規の指定を受ける予定の事業所**

新たに指定を受ける場合、原則、施行規則第140条の63の5第1項に掲げる事項を記載した申請書(新規指定申請書)又は書類を提出する必要がある。

## 2. 事業所指定の有効期間：指定日から6年

(佐賀中部広域連合介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第7条)

## 3. 指定の更新 (佐賀中部広域連合介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第8条)

指定事業者の指定は、有効期間ごとにその更新を受けなければ、その期間の経過によって、その効力を失う。また、指定の更新を受けようとする者は、申請書その他広域連合長が必要とする書類を広域連合長に提出しなければならない。

これらの規定にかかわらず、指定の更新は、当該指定の有効期間の満了の日の到来前の期間をもってこれを行うことができるとされ、この場合において、その有効期間は、その処分の日の翌日（従前の有効期間内に限る。）から起算する。

## 4. 体制届の提出について

事業所の指定を受ける際には、同時に体制届を提出する。

### <必要な提出書類>

- ① 佐賀中部広域連合介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業者）介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書
- ② 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

### (1) 加算等を届けた日と算定開始月

サービス等の種類	加算を届けた日と算定開始月
介護予防訪問介護相当サービス 基準緩和訪問サービス	届出が毎月15日以前になされた場合、 ⇒ <u>翌月</u> から算定開始
介護予防通所介護相当サービス 基準緩和通所サービス	届出が16日以後になされた場合、 ⇒ <u>翌々月</u> から算定開始

### (2) 加算等が算定されなくなる場合の届出の取扱い

事業所の体制について加算等が算定されなくなる状況が生じた場合、又は加算等が算定されなくなる事が明らかな場合は、速やかにその旨を届出る。なお、この場合は、加算等が算定されなくなった事実が発生した日から加算等の算定を行わないものとする。

※ 届出を行わず、当該算定について請求を行った場合は不正請求となり、支払われた事業支給費は不当利得となるので返還措置を講ずることは当然であるが、悪質な場合には指定の取り消しをもって対処する。

### (3) 届出事項に係る事後調査の実施

届出事項については、その内容が適正であるかどうか、適宜事後的な調査を行う。

### (4) 事後調査等の届出時点で要件に合致していないことが判明した場合の届出の取扱い

事後調査等により、届出時点において要件に合致してないことが判明し、所要の指導の上なお改善がみられない場合は、当該届出の受理の取消しを行うこととする。

- ※ 取消しによって当該届出はなかったことになるため、加算については、当該加算全体を無効とする。
- ※ 当該届出に関してそれまで受領していた事業支給費は不当利得になるので返還措置を講ずることは当然であるが、不正・不当な届出が繰り返し行われるなど悪質な場合には、指定の取消しをもって対処することとする。
- ※ 改善がみられた場合においても、要件に合致するに至るまでは当該加算等は算定しないことはもちろん、要件に合致していないことが判明した時点までに当該加算等が算定されていた場合は、不当利得になるので返還措置を講ずる。

#### (5) 利用者に対する利用者負担金の過払い分の返還

(2) 又は(4)により不当利得金を保険者へ返還することとなった事業所においては、保険者への返還と同時に、返還の対象となった事業支給費に係る利用者が支払った利用者負担金の過払い分を、それぞれの利用者に返還金に係る計算書を付して返還すること。その場合、返還に当たっては利用者等から受領書を受け取り、施設において保存しておくこと。

**【参考文献】**

介護保険関係等の通知等 H18 老計発第 0317001 他号（指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について）

## 5. 様式（申請書一覧）

佐賀中部広域連合介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業者）指定(許可)申請及び更新申請時における提出申請書類等一覧表に掲載

総合事業申請書一覧アドレス： 私たちの街の介護保険> 総合事業申請書一覧  
<http://www.chubu.saga.saga.jp/sougoujigyou/shinsei/shinsei.html>

## 6. 提出期限： 平成30年9月14日（金）

## 7. 提出先 ※郵送可

〒840-0826

佐賀県佐賀市白山二丁目1番12号（佐賀商工ビル5階）

佐賀中部広域連合 給付課指導係 TEL 0952 (40) 1131

受付番号

佐賀中部広域連合介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業者）  
指定(許可)申請書

年 月 日

佐賀中部広域連合長 様

所在地  
申請者 法人の名称  
代表者職名  
氏 名

印

介護保険法に規定する事業所（施設）に係る指定（許可）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。

申請者	フリガナ										
	法人の名称										
	主たる事務所の所在地	(〒 — )									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
	法人の種別 <sup>※1</sup>					法人の所轄庁 <sup>※2</sup>					
	代表者の職名・名前・生年月日	職名			フリガナ 名前			生年月日 昭和 平成 年 月 日			
	代表者の住所	(〒 — )									
「指定」を受けようとする事業所	フリガナ										
	事業所の名称										
	事業所の所在地	(〒 — )									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
	指定を受けようとする事業と同様の居宅サービス事業等 <sup>※3</sup> の有無	訪問介護				無		添付書類一覧別添1			
		通所介護又は地域密着型通所介護				有		添付書類一覧別添2			
	事業所・施設の種別	実施事業 <sup>※4</sup>				無		添付書類一覧別添3			
		指定(許可)申請をする事業等の事業開始予定年月日 <sup>※5</sup>				有		添付書類一覧別添4			
	日常生活支援総合事業	介護予防訪問介護相当サービス						既に指定を受けている事業等の指定(許可)年月日 <sup>※6</sup>		備考	
		生活援助型訪問サービス									
介護予防通所介護相当サービス											
運動型通所サービス											
介護保険事業所番号					申請書担当者						
医療機関コード等 <sup>※7</sup>					連絡先(電話番号)						

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」「合同会社」等の別を記入してください。

※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入してください。

※3 「指定を受けようとする事業と同様の居宅サービス事業等<sup>※3</sup>の有無」の欄は該当するものに「○」を記入して下さい。

「有」の場合は、介護保険法施行規則第140条の63の5の規定により添付書類を一部省略できるものとする。

※4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

※5 「指定申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始（開設）予定年月日を記入してください。

※6 「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は、指定を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・指定施設の指定年月日（法第71条第1項又は法第72条第1項（法第115条の11において準用する場合を含む。）の規定により指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日）を記入してください。

※7 「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局又は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場合には、そのコードを記入すること。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記入してください。

## 第 1 号事業者の指定（許可）申請に係る添付書類一覧 （介護予防訪問介護相当サービス・生活援助型訪問サービス）

申請する事業所・施設の名称	
---------------	--

番号	申 請 書 及 び 添 付 書 類	事業所 確認欄	備 考
申請書	佐賀中部広域連合介護予防・日常生活支援総合事業（第 1 号事業者）指定（許可）申請書		様式第 1 号
	第 1 号事業者の指定に係る記載事項		付表 1 - 1
	第 1 号事業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		付表 1 - 2
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等		
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表		参考様式 1
3	組織体制図及び従業員の資格証明書（免許証）の写し		
4	事業所の管理者の経歴書		参考様式 2
5	サービス提供責任者の経歴書		参考様式 2 - 1
6	事業所の位置図		
7	事業所の平面図		参考様式 3
8	事業所の写真（建物の外観、室内、事務室、相談スペース、手洗い設備等） なお「7 平面図」に写真の方向及び写真番号を明記すること		
9	建築基準法に基づく確認済書等及び消防法に基づく防火対象物使用開始届出書並びに消防用設備等検査済証等の写し（注 1）		
10	運営規程（注 2）		
11	設備・備品等一覧表		参考様式 4
12	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 5
13	当該申請に係る資産の状況（法人決算、財産目録等）		
14	介護保険法第 115 条の 4 5 の 5 第 2 項の規定に該当しない旨の誓約書		参考様式 7 - 1
15	役員の氏名等（注 3）		参考様式 7 - 2

備考 1 添付書類欄 の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

2 該当欄に「○」を付してください。

（注 1）

- 建築基準法に基づく確認済書等及び消防法に基づく防火対象物使用開始届出書並びに消防用設備等検査済証等の写し  
「新築」、「増改築」など、申請内容によっては手続き終了までに時間を要するものがあります。必ず各監督官庁に確認を  
してください。

（注 2）運営規程の内容

- |                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| 1 事業の目的及び運営の方針        | 5 通常の事業の実施地域    |
| 2 従業員の職種、員数及び職務の内容    | 6 緊急時等における対応方法  |
| 3 営業日及び営業時間           | 7 その他運営に関する重要事項 |
| 4 サービスの内容及び利用料その他費用の額 |                 |

（注 3）「管理者」も記載してください。

## 第 1 号事業者の指定（許可）申請に係る添付書類一覧 （介護予防訪問介護相当サービス・生活援助型訪問サービス）

申請する事業所・施設の名称	
---------------	--

番号	申 請 書 及 び 添 付 書 類	事業所 確認欄	備 考
申請書	佐賀中部広域連合介護予防・日常生活支援総合事業（第 1 号事業者）指定（許可）申請書		様式第 1 号
	第 1 号事業者の指定に係る記載事項		付表 1 - 1
	第 1 号事業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		付表 1 - 2
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等		
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表		参考様式 1
3	組織体制図及び従業員の資格証明書（免許証）の写し		
4	事業所の管理者の経歴書		参考様式 2
5	サービス提供責任者の経歴書		参考様式 2 - 1
6	事業所の位置図		
7	事業所の平面図		参考様式 3
8	事業所の写真（建物の外観、室内、事務室、相談スペース、手洗い設備等） なお「7 平面図」に写真の方向及び写真番号を明記すること		
9	建築基準法に基づく確認済書等及び消防法に基づく防火対象物使用開始届出書並びに消防用設備等検査済証等の写し（注 1）		
10	運営規程（注 2）		
11	設備・備品等一覧表		参考様式 4
12	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 5
13	当該申請に係る資産の状況（法人決算、財産目録等）		
14	介護保険法第 115 条の 4 5 の 5 第 2 項の規定に該当しない旨の誓約書		参考様式 7 - 1
15	役員の氏名等（注 3）		参考様式 7 - 2

備考 1 添付書類欄 の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

2 該当欄に「○」を付してください。

（注 1）

- 建築基準法に基づく確認済書等及び消防法に基づく防火対象物使用開始届出書並びに消防用設備等検査済証等の写し「新築」、「増改築」など、申請内容によっては手続き終了までに時間を要するものがあります。必ず各監督官庁に確認をしてください。

（注 2）運営規程の内容

- |                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| 1 事業の目的及び運営の方針        | 5 通常の事業の実施地域    |
| 2 従業員の職種、員数及び職務の内容    | 6 緊急時等における対応方法  |
| 3 営業日及び営業時間           | 7 その他運営に関する重要事項 |
| 4 サービスの内容及び利用料その他費用の額 |                 |

（注 3）「管理者」も記載してください。

**第1号事業者の指定（許可）申請に係る添付書類一覧  
（介護予防通所介護相当サービス・運動型通所サービス）**

申請する事業所・施設の名称	
---------------	--

番号	添 付 書 類	事業所 確認欄	備 考
申請書	佐賀中部広域連合介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業者）指定（許可）申請書		様式第1号
	第1号事業者指定に係る記載事項		付表2-1
	第1号事業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		付表2-2
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等		
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表		参考様式1
3	組織体制図及び従業者の資格証明書（免許証）の写し		
4	事業所の管理者の経歴書		参考様式2
5	事業所の位置図		
6	事業所の平面図		参考様式3
7	事業所の写真（建物の全景及び各用途別部屋写真） なお、平面図に写真の方向及び写真番号を明記すること		
8	建築基準法に基づく確認済書等及び消防法に基づく防火対象物使用開始届出書並びに消防用設備等検査済証等の写し（注1）		
9	設備・備品等一覧表		参考様式4
10	運営規程（注2）		
11	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5
12	サービス提供実施単位一覧表		参考様式6
13	当該申請に係る資産の状況（法人決算、財産目録等）		
14	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7-1
15	役員の氏名等（注3）		参考様式7-2

備考 1 添付書類欄 の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

2 該当欄に「○」を付してください。

（注1）建築基準法に基づく確認済書等及び消防法に基づく防火対象物使用開始届出書並びに消防用設備等検査済証等の写し「新築」、「増改築」など、申請内容によっては手続き終了までに時間を要するものがあります。必ず各監督官庁に確認をしてください。

（注2）運営規程の内容

- |                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| 1 事業の目的及び運営の方針     | 6 通常の事業の実施地域        |
| 2 従業者の職種、員数及び職務の内容 | 7 サービス利用にあたっての留意事項  |
| 3 営業日及び営業時間        | 8 緊急時等における対応方法      |
| 4 サービスの利用定員        | 9 非常災害対策            |
| 5 サービスの内容及びその他費用の額 | 10 その他運営に関する重要事項利用料 |

（注3）「管理者」も記載してください。

## 第 1 号事業者の指定（許可）申請に係る添付書類一覧 （介護予防通所介護相当サービス・運動型通所サービス）

申請する事業所・施設の名称	
---------------	--

番号	添 付 書 類	事業所 確認欄	備 考
申請書	佐賀中部広域連合介護予防・日常生活支援総合事業（第 1 号事業者）指定（許可）申請書		様式第 1 号
	第 1 号事業者指定に係る記載事項		付表 2 - 1
	第 1 号事業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		付表 2 - 2
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等		
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表		参考様式 1
3	組織体制図及び従業者の資格証明書（免許証）の写し		
4	事業所の管理者の経歴書		参考様式 2
5	事業所の位置図		
6	事業所の平面図		参考様式 3
7	事業所の写真（建物の全景及び各用途別部屋写真） なお、平面図に写真の方向及び写真番号を明記すること		
8	建築基準法に基づく確認済書等及び消防法に基づく防火対象物使用開始届出書並びに消防用設備等検査済証等の写し（注 1）		
9	設備・備品等一覧表		参考様式 4
10	運営規程（注 2）		
11	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 5
12	サービス提供実施単位一覧表		参考様式 6
13	当該申請に係る資産の状況（法人決算、財産目録等）		
14	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 7 - 1
15	役員の氏名等（注 3）		参考様式 7 - 2

備考 1 添付書類欄 の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

2 該当欄に「○」を付してください。

（注 1）建築基準法に基づく確認済書等及び消防法に基づく防火対象物使用開始届出書並びに消防用設備等検査済証等の写し「新築」、「増改築」など、申請内容によっては手続き終了までに時間を要するものがあります。必ず各監督官庁に確認をしてください。

（注 2）運営規程の内容

- |                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| 1 事業の目的及び運営の方針     | 6 通常の事業の実施地域        |
| 2 従業者の職種、員数及び職務の内容 | 7 サービス利用にあたっての留意事項  |
| 3 営業日及び営業時間        | 8 緊急時等における対応方法      |
| 4 サービスの利用定員        | 9 非常災害対策            |
| 5 サービスの内容及びその他費用の額 | 10 その他運営に関する重要事項利用料 |

（注 3）「管理者」も記載してください。



(参考様式1)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

(      年      月分) サービス種類(      )

事業所・施設名(      )

職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	兼務の場合、その職種を記入すること			
			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							
			*																																		

○通所介護利用定員 (      )人

○訪問介護利用者数 前3月平均(      )人 前3月実績(      月      人      月      人      月      人)

- 備考
- \* 欄には、当該月の曜日を記入してください。
  - 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週間分の勤務すべき時間数を記入してください。勤務時間後とあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し、その番号を記入してください。  
 (記載例1-勤務時間 ①8:30~17:00、②16:30~1:00、③0:30~9:00、④休日)  
 (記載例2-サービス提供時間 a 9:00~12:00、b 13:00~16:00、c 10:30~13:30、d 14:30~17:30、e 休日)
  - 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B~Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。  
 勤務形態の区分 **A:常勤で専従** **B:常勤で兼務** **C:常勤以外で専従** **D:常勤以外で兼務**
  - 常勤換算が必要な職種は、A~Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が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。
  - 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。
  - 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。
  - 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。

**第 1 号事業者の指定に係る記載事項**  
**(介護予防訪問介護相当サービス・生活援助型訪問サービス)**

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	(〒 - )	
	氏 名					
	生年月日					
	訪問介護員等との業務の有無				(有・無)	
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		名称			
兼務する職種及び勤務時間等						
サービス提供者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )	
	氏 名					
	フリガナ			住所	(郵便番号 - )	
	氏 名					
従業者の職種・員数		訪問介護員等		事業所の常勤時間数 ( 時間/日 時間/週・・・B) 利用者数 前3月平均 ( ) 人 前3月実績 ( 月 人・ 月 人・ 月 人)  常勤換算後の人数 週平均の勤務時間の合計/常勤の時間数 A ( ) / B ( ) = ( )		
		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 掲 示 事 項	営業日					
	営業時間					
	利用料	法定代理受領分				
		法定代理受領分以外				
	その他の費用					
通常の事業実施地域						
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してください。
  - 2 「主な揭示事項」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 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
  - 4 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

**第1号事業者の指定に係る記載事項**  
**(介護予防通所介護相当サービス・運動型通所サービス)**

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			(〒 - )		
	氏名	住所				
	生年月日					
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)					
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務 (兼務の場合のみ記入)	名称				
	兼務する職種 及び勤務時間等	-----				
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	
常勤(人)						
非常勤(人)						
適合の可否						
食堂及び機能訓練室の合計面積			基準上の必要数値	適合の可否		
			m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上		
主な 掲 示 事 項	営業日	単位ごとの営業日				
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : )				
	利用定員	人 (単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人)				
	利用料	法定代理受領分				
		法定代理受領分以外				
	その他の費用					
	通常の事業実施地域					
添付書類	別添のとおり					

- 備考
- 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
  - 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様に記載した書類を添付してください。
  - 3 「主な掲示事項」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。
  - 4 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
  - 5 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。
  - 6 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

受付番号

佐賀中部広域連合介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業者）  
介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日

佐賀中部広域連合長 様

所在地

届出者 法人名称

代表職名

氏名

印

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。

フリガナ			
法人名称			
郵便番号	〒	—	
主たる事務所の所在地			
連絡先	電話番号		FAX番号
代表者の職・氏名	職名		氏名

フリガナ			
事業所の名称			
郵便番号	〒	—	
主たる事業所所在地			
連絡先	電話番号		FAX番号
対象サービス			
事業所番号			
指定年月日	平成 年 月 日		
異動（予定）年月日	平成 年 月 日		
異動内容			

(担当者連絡先)

所 属	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
氏 名	

- 備考
- 「対象サービス」欄については、加算・減算に関する異動があるサービスのみ記載してください。
  - 「指定年月日」欄は、指定された年月日を記入してください。
  - 「異動予定日」欄は加算・減算を適用する予定年月日を記入してください。
  - 「異動内容」欄は、加算・減算の名称及び異動形態を記入してください。
- 例：新規取得する場合                   ○○○加算(新規)  
 内容を変更する場合                   ○○○加算(Ⅰ)から○○○加算(Ⅱ)へ(変更)  
 取得を終了する場合                   ○○○加算(Ⅱ)(終了)
- 添付書類に記載された個人情報、介護給付費算定以外の目的では使用しません。
  - 添付書類に記載された個人情報は、情報を提示いただいた方の同意を得た当課以外の第三者に提供、開示等一切行いません。

(別紙1-4)

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

事業所名		事業所番号											
提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等										割引
各サービス共通			地域区分	1 1級地	6 2級地	7 3級地	2 4級地	3 5級地					/ / / / /
				4 6級地	9 7級地	5 その他							
A2	訪問型サービス (介護予防訪問介護相当サービス)			サービス提供責任者体制の減算	1 なし	2 あり						1 なし 2 あり	
				特別地域加算	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	2 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	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	3 加算Ⅳ	4 加算Ⅴ			
A2	生活援助型訪問サービス			特別地域加算	1 なし	2 あり						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	3 加算Ⅳ	4 加算Ⅴ			

備考1 実施するサービスに○を付け、全ての項目に対し該当する番号に○を付けてください。(変更の場合においても、変更のない項目を含め全て記載してください。)

(別紙1-4)

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

(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状況)

事業所名		事業所番号											
提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等										割引
各サービス共通			地域区分	1 1級地	6 2級地	7 3級地	2 4級地	3 5級地					/ / / / /
				4 6級地	9 7級地	5 その他							
A2	訪問型サービス (介護予防訪問介護相当サービス)			サービス提供責任者体制の減算	1 なし	2 あり						1 なし 2 あり	
				特別地域加算	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	2 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	2 該当							
				特別地域加算	1 なし	2 あり							
A2	生活援助型訪問サービス			特別地域加算	1 なし	2 あり							

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

(別紙1-4)

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

事業所名		事業所番号																		
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等										割引			
各サービス共通			地域区分	1 1級地 4 6級地	6 2級地 9 7級地	7 3級地 5 その他	2 4級地	3 5級地								
A6 通所型サービス (介護予防通所介護相当サービス)			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		
			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												
			栄養改善体制	1 なし 2 あり												
			口腔機能向上体制	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 4 加算Iイ 2 加算Iロ 3 加算II												
			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 3 加算IV 4 加算V												
A6 運動型通所サービス			職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 介護職員										1 なし 2 あり		
			運動器機能向上体制	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 3 加算IV 4 加算V												

備考1 実施するサービスに○を付け、全ての項目に対し該当する番号に○を付けてください。(変更の場合においても、変更のない項目を含め全て記載してください。)

(別紙1-4)

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  
(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状況)

事業所名		事業所番号																		
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等										割引			
各サービス共通			地域区分	1 1級地 4 6級地	6 2級地 9 7級地	7 3級地 5 その他	2 4級地	3 5級地								
A6 通所型サービス (介護予防通所介護相当サービス)			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		
			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												
			栄養改善体制	1 なし 2 あり												
			口腔機能向上体制	1 なし 2 あり												
			事業所評価加算〔申出〕の有無	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 3 加算IV 4 加算V												
A6 運動型通所サービス			職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 介護職員										1 なし 2 あり		
			運動器機能向上体制	1 なし 2 あり												

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

**届出書記載例**

空欄 受付番号

佐賀中部広域連合介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業者）  
指定（許可）申請書

佐賀中部広域連合 様

届出日を記入 年 月 日

法人の内容を記入（事業所の名称を記入しないこと。）

所在地 佐賀県〇〇市△△町1-1-1  
申請者 法人の名称 社会福祉法人 佐賀中部広域連合  
代表者職名 理事長  
氏名 連合 太郎

介護保険法に規定する事業所（施設）に係る指定（許可）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。

法人の代表印を押印

事業所の内容を記入（事業所の名称は、届けた名称正確に記入すること。）  
※略したり通称名を記入したりしないこと

フリガナ	シヤウイクシホウジン サガチュウブコウイキレンゴウ		
法人の名称	社会福祉法人 佐賀中部広域連合		
主たる事務所の所在地	(〒 840 - 〇〇〇〇) 佐賀県〇〇市△△町1-1-1		
連絡先電話番号	0952-〇〇-〇〇〇〇	FAX番号 0952-〇〇-〇〇〇〇	
法人の所轄庁*2	〇〇市		
フリガナ	レンゴウ タロウ	生年月日	
名前	連合 太郎	昭和 平成 〇〇年12月12日	
代表者の住所	(〒 840 - □□□□) 佐賀県〇〇市△△町2-2-2		
フリガナ	ホウモンカイゴ シガチュウブコウイキレンゴウ		
事業所の名称	訪問介護 佐賀中部広域連合		
事業所の所在地	(〒 840 - 0826) 佐賀県〇〇市△△町2-1-1		
連絡先電話番号	0952-□□-□□□□	FAX番号 0952-□□-□□□□	
指定を受けようとする事業所	指定を受けようとする事業と同様の居宅サービス事業所等の指定の有無*3	訪問介護 無 有 <input checked="" type="radio"/>	添付書類一覧別添1 添付書類一覧別添2
		通所介護又は地域密着型通所介護 無 有	添付書類一覧別添3 添付書類一覧別添4
	事業所・施設の種類の種類	実施事業*4	指定（許可）申請をする事業等の事業開始予定年月日*5
	日常生活支援総合事業 介護予防 生活援助型訪問サービス 介護予防通所介護相当サービス 運動型通所サービス	<input checked="" type="radio"/>	平成30年10月1日
介護保険事業所番号	4 1 〇 〇 □ □ △ ● ● △	申請書担当者	連合 次郎
医療機関コード等*7	〇 □ □ △ ● ● △	連絡先（電話番号）	0952-〇△-〇〇□△

開始（開設）予定年月日を記入

届出担当者について記入

備考 ※1 「法人の種類別」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」「合同会社」等の別を記入してください。  
 ※2 「法人所轄庁」欄は、申請者の法人の所在地を管轄する地方自治体の名称を記入してください。  
 ※3 「指定を受けようとする事業所等の指定の有無」の欄は該当するものに「○」を記入して下さい。「有」の場合は、「無」を併記して下さい。ただし、添付書類を一部省略できるものとする。  
 ※4 「実施事業」欄は、申請者が実施する事業の種類を記入してください。  
 ※5 「指定申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始（開設）予定年月日を記入してください。  
 ※6 「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は、指定を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・指定施設の指定年月日（法第71条第1項又は法第72条第1項（法第115条の11において準用する場合を含む。）の規定により指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日）を記入してください。  
 ※7 「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局又は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場合には、そのコードを記入すること。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記入してください。

# 届出書記載例

様式第5号

空欄

受付番号

佐賀中部広域連合介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業者）  
介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

佐賀中部広域連合長 様

法人の内容を記入(事業所の名称を記入しないこと。)

届出日を記入

年 月 日

所在地 佐賀県〇〇市△△町1-1-1

届出者 法人名称 社会福祉法人 佐賀中部広域連合

代表職名 理事長

氏名 連合 大和

法人の代表印を押印

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

フリガナ	シャカイケンゴウジン サガチュウブコウイキレンゴウ			
法人名称	社会福祉法人 佐賀中部広域連合			
郵便番号	〒840-〇〇〇〇			
主たる事務所の所在地	佐賀県〇〇市△△町1-1-1			
連絡先	電話番号	0952-〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	0952-〇〇-〇〇〇〇
	職名	理事長	氏名	連合 太郎

事業所の内容を記入(事業所の名称は、届出た名称正確に記入すること。)  
※略したり通称名を記入しないこと

フリガナ	ホウモンカイゴ サガチュウブコウイキレンゴウ			
事業所の名称	訪問介護 佐賀中部広域連合			
郵便番号	〒840-〇〇〇〇			
主たる事業所所在地	佐賀県〇〇市△△町2-1-1			
連絡先	電話番号	0952-□□-□□□□	FAX番号	0952-□□-□□□□
対象サービス	生活援助型訪問サービス			
事業所番号	4	1	○	●
指定年月日	平成30年10月1日			
異動(予定)年月日	平成30年10月1日			
異動内容	〇〇〇加算(Ⅰ)から〇〇〇加算(Ⅱ)へ(変更)			

介護保険事業所番号を記入。

当初の場合は、空欄で構いません。

(担当者連絡先)

所 属	訪問介護 佐賀中部広域連合
電 話 番 号	0952-□□-□□□□
F A X 番 号	0952-□□-□□□□
氏 名	連合 次郎

届出担当者について記入。

備考

- 「対象サービス」欄については、加算・減算に関する異動があるサービスのみ記載してください。
- 「指定年月日」欄は、指定された年月日を記入してください。
- 「異動予定日」欄は加算・減算を適用する予定年月日を記入してください。
- 「異動内容」欄は、加算・減算の名称及び異動形態を記入してください。

例：新規取得する場合 ○〇〇加算(新規)  
内容を変更する場合 ○〇〇加算(Ⅰ)から〇〇〇加算(Ⅱ)へ(変更)  
取得を終了する場合 ○〇〇加算(Ⅱ)(終了)16

5 添付書類に記載された個人情報は、介護給付費算定以外の目的では使用しません。

6 添付書類に記載された個人情報は、情報を提示いただいた方の同意を得た当課以外の第三者に提供、開示等一切行いません。



**届出書記載例**

(別紙1-4)

事業所の名称は、届け出た名称を正確に記入すること。

事業所番号を記入

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

事業所名	訪問介護 佐賀中部広域連合	事業所番号	○	○	○	●	●	△	△	□	□	■
------	---------------	-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他の該当する体制等								割引			
各サービス共通			地域区分	1 1級地 4 6級地	6 2級地 9 7級地	7 3級地 5 〇その他	2 4級地	3 5級地						
A2 訪問型サービス (介護予防訪問介護相当サービス)			サービス提供責任者体制の減算	1 なし	2 あり						1 なし	2 あり		
			特別地域加算	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	2 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	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	3 加算IV	4 加算V					
A2 生活援助型訪問サービス			特別地域加算	1 〇なし	2 あり						1 〇なし	2 あり		
			介護職員処遇改善加算	1 なし	6 〇加算I	5 加算II	2 加算III	3 加算IV	4 加算V					

備考1

※A1 平成27年3月末までに介護予防訪問介護の指定を受けている事業所(みなし指定事業所)

※A2 平成27年4月以降に介護予防訪問介護の指定を受けた事業所

備考2 実施するサービスに○を付け、全ての項目に対し該当する番号に○を付けてください。(変更の場合においても、変更のない項目を含め全て記載してください。)