

# 介護保険事業者指定申請の手引き

## 通所介護編

愛知県福祉局高齢福祉課

# 目 次

## I 指定について

- 1 指定の意義
- 2 指定の基準
- 3 共生型通所介護
- 4 指定の事務の流れ

## II 指定申請書類について

- 1 指定申請書類一覧
- 2 指定申請書類の記入要領について

この手引きは、新規指定の申請をされる方に、運営基準を理解しながら手続きを行っていただけるよう作成しました。

また、既に開設された事業所の方にも、運営基準に則した適正な運営のために活用していただけたら幸いです。

なお、**この手引きは、随時見直しています**。その都度、愛知県のホームページ（高齢福祉課介護保険指導第一グループ）にて改訂版を提供しますので、**必ずホームページで最新版を御確認の上、申請手続きをしてください**。

この手引きは、令和7年6月版です。

## I 指定について

### I-1 指定の意義

- ・ 愛知県内（名古屋市、東三河地区（豊橋市、豊川市、蒲郡市、新城市、田原市、設楽町、東栄町、豊根村）、岡崎市、一宮市、豊田市を除く。）に事業所を設置し、介護保険法に基づく居宅サービスの事業を行い介護報酬を受けるには、愛知県知事の指定を受ける必要があります。

※平成28年度から、定員18名以下の事業所については、「地域密着型通所介護」として、各所在地市町村が指定することとなりました。

- ・ 指定は、事業者からの申請に基づき、事業所ごとに行います。
- ・ 指定にあたり、①申請者が法人であること、②従業者の人員、設備及び運営の基準を満たすこと、③その他役員等が欠格事由に該当しないこと等を審査し、行います。
- ・ 指定の有効期間は、6年間です。それ以降も継続して事業を実施する場合は、指定の更新申請をする必要があります。また、基準に従って適切な運営がされない場合や、過去に指定の取消処分を受けた場合には、指定の更新が受けられないことがあります。
- ・ 人員基準違反、設備・運営基準違反など取消し事由に該当した場合は、指定の取り消しや、指定の全部又は一部の効力停止（介護報酬の請求停止や新規利用者との契約停止など）の行政処分を受けることがあります。

### I-2 指定の基準

- ・ 通所介護についての指定基準は、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年厚生省令第37号、以下「基準省令」という。）により規定されています。事業を行うにあたり、この省令、通知についての理解が必要です。
- ・ 基準省令は、必要最低限の基準を定めたものであり、事業者はこれらを遵守し、常に事業運営の向上に努めなければなりません。
- ・ なお、平成25年4月からは、これら国の基準をベースに県条例が制定されました。
- ・ 指定基準には、次の要件が定められています。

|        |                                      |
|--------|--------------------------------------|
| ① 基本方針 | 指定通所介護の目的など                          |
| ② 人員基準 | 従業者の技能・人員に関する基準                      |
| ③ 設備基準 | 事業所に必要な設備についての基準                     |
| ④ 運営基準 | 保険給付の対象となる介護サービス事業を実施する上で求められる運営上の基準 |

#### （1）基本方針のあらまし

- ・ 「通所介護」とは

要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければなりません。

(2) 人員基準のあらまし

ア 人員基準（1単位につき）

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 管理者             | 事業所ごとに1名（常勤）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 生活相談員           | <p>単位の数にかかわらず、サービス提供を行う時間数に応じて、専ら通所介護サービスの提供を行う者が1以上確保されるために必要と認められる数</p> <p>（例1）</p> <p>1単位の指定通所介護を実施している事業所の提供時間数（ここでいう提供時間数とは、当該事業所におけるサービス提供開始時刻から終了時刻まで（サービスが提供されていない時間帯を除く）。とする。以下同じ）を6時間とした場合、6時間の時間数を1名分確保すればよいことから、従業員の員数にかかわらず6時間の勤務延時間数分の配置が必要となる。</p> <p>（例2）</p> <p>午前9時から午後2時、午後1時から午後6時の2単位の指定通所介護を実施している事業所の場合、当該事業所におけるサービス提供時間は午前9時から午後6時となり、提供時間数は9時間となることから、従業員の員数にかかわらず9時間の勤務延時間数分の配置が必要となる。</p> <p>なお、生活相談員の確保すべき勤務延時間数には、「サービス担当者会議や地域ケア会議に出席するための時間」、「利用者宅を訪問し、在宅生活の状況を確認した上で、利用者の家族も含めた相談・援助のための時間」、「地域の町内会、自治会、ボランティア団体等と連携し、利用者に必要な生活支援を担ってもらうなどの社会資源の発掘・活用のための時間」など、利用者の地域生活を支える取組のために必要な時間も含めることができる。（※）</p> <p>ただし、利用者の生活の向上を図るため適切な相談・援助を行う必要があり、これらに支障がない範囲で認められるものである。</p> <p>※指定通所介護事業所が、利用者の地域での暮らしを支えるため、医療機関、他の居宅サービス事業者、地域の住民活動等と連携し、指定通所介護を利用しない日でも利用者の地域生活を支える地域連携の拠点としての機能を展開できるようにするために設けられた規定です。</p> |
| 看護職員（看護師又は准看護師） | <p>専ら通所介護サービスの提供を行う者1名以上</p> <p>なお、看護職員の明確な勤務時間を示したものはない</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|      | <p>が、各営業日の利用者について、健康状態の把握等健康管理ができる適切な勤務体制をとる必要がある。</p> <p>また、病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により、看護職員が指定通所介護事業所の営業日ごとに利用者の健康状態の確認を行い、病院、診療所、訪問看護ステーションと指定通所介護事業所が提供時間帯を通じて密接かつ適切な連携を図っている場合には、看護職員が確保されているものとする。</p> <p>なお、「密接かつ適切な連携」とは、指定通所介護事業所へ駆けつけることができる体制や適切な指示ができる連絡体制などを確保することである。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |           |           |           |           |           |           |  |  |           |           |           |           |           |           |           |     |    |           |           |           |           |           |           |           |     |           |           |           |           |           |           |           |     |           |           |           |           |           |           |           |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 介護職員 | <p>単位ごとに専ら通所介護サービスの提供を行う者を、サービス提供時間数に応じて配置（常時１名以上配置しなければならない。）</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 定員１５人までは、「平均提供時間数＝確保すべき勤務延時間数」分の人員配置が必要</li><li>・ 定員１６人以上は、「<math>((\text{定員数}-15) \div 5 + 1) \times \text{平均提供時間数} = \text{確保すべき勤務延時間数}</math>」分の人員配置が必要</li></ul> <p>※ 平均提供時間数＝利用者ごとの提供時間数の合計÷利用者数</p> <p>例えば、利用者数１８人、提供時間数を５時間とした場合、<math>(18-15) \div 5 + 1 = 1.6</math> となり、５時間の勤務時間数を１.６名分確保すればよいことから、<math>5 \times 1.6 = 8</math> 時間の勤務時間数分の人員配置が必要となる。</p> <p>通所介護の人員基準を満たすために必要となる介護職員等の勤務時間数の具体例（単位ごと）</p> <table><tr><th colspan="2" rowspan="2"></th><th colspan="7">平均提供時間数</th></tr><tr><th>3.0<br/>時間</th><th>4.0<br/>時間</th><th>5.0<br/>時間</th><th>6.0<br/>時間</th><th>7.0<br/>時間</th><th>8.0<br/>時間</th><th>9.0<br/>時間</th></tr><tr><td rowspan="3">利用者</td><td>５人</td><td>3.0<br/>時間</td><td>4.0<br/>時間</td><td>5.0<br/>時間</td><td>6.0<br/>時間</td><td>7.0<br/>時間</td><td>8.0<br/>時間</td><td>9.0<br/>時間</td></tr><tr><td>10人</td><td>3.0<br/>時間</td><td>4.0<br/>時間</td><td>5.0<br/>時間</td><td>6.0<br/>時間</td><td>7.0<br/>時間</td><td>8.0<br/>時間</td><td>9.0<br/>時間</td></tr><tr><td>15人</td><td>3.0<br/>時間</td><td>4.0<br/>時間</td><td>5.0<br/>時間</td><td>6.0<br/>時間</td><td>7.0<br/>時間</td><td>8.0<br/>時間</td><td>9.0<br/>時間</td></tr></table> |           |           | 平均提供時間数   |           |           |           |           |  |  | 3.0<br>時間 | 4.0<br>時間 | 5.0<br>時間 | 6.0<br>時間 | 7.0<br>時間 | 8.0<br>時間 | 9.0<br>時間 | 利用者 | ５人 | 3.0<br>時間 | 4.0<br>時間 | 5.0<br>時間 | 6.0<br>時間 | 7.0<br>時間 | 8.0<br>時間 | 9.0<br>時間 | 10人 | 3.0<br>時間 | 4.0<br>時間 | 5.0<br>時間 | 6.0<br>時間 | 7.0<br>時間 | 8.0<br>時間 | 9.0<br>時間 | 15人 | 3.0<br>時間 | 4.0<br>時間 | 5.0<br>時間 | 6.0<br>時間 | 7.0<br>時間 | 8.0<br>時間 | 9.0<br>時間 |
|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |           | 平均提供時間数   |           |           |           |           |  |  |           |           |           |           |           |           |           |     |    |           |           |           |           |           |           |           |     |           |           |           |           |           |           |           |     |           |           |           |           |           |           |           |
|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 3.0<br>時間 | 4.0<br>時間 | 5.0<br>時間 | 6.0<br>時間 | 7.0<br>時間 | 8.0<br>時間 | 9.0<br>時間 |  |  |           |           |           |           |           |           |           |     |    |           |           |           |           |           |           |           |     |           |           |           |           |           |           |           |     |           |           |           |           |           |           |           |
| 利用者  | ５人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 3.0<br>時間 | 4.0<br>時間 | 5.0<br>時間 | 6.0<br>時間 | 7.0<br>時間 | 8.0<br>時間 | 9.0<br>時間 |  |  |           |           |           |           |           |           |           |     |    |           |           |           |           |           |           |           |     |           |           |           |           |           |           |           |     |           |           |           |           |           |           |           |
|      | 10人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 3.0<br>時間 | 4.0<br>時間 | 5.0<br>時間 | 6.0<br>時間 | 7.0<br>時間 | 8.0<br>時間 | 9.0<br>時間 |  |  |           |           |           |           |           |           |           |     |    |           |           |           |           |           |           |           |     |           |           |           |           |           |           |           |     |           |           |           |           |           |           |           |
|      | 15人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 3.0<br>時間 | 4.0<br>時間 | 5.0<br>時間 | 6.0<br>時間 | 7.0<br>時間 | 8.0<br>時間 | 9.0<br>時間 |  |  |           |           |           |           |           |           |           |     |    |           |           |           |           |           |           |           |     |           |           |           |           |           |           |           |     |           |           |           |           |           |           |           |

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |           |            |            |            |            |            |            |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|         | 利<br>用<br>者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 16 人      | 3.6<br>時間 | 4.8<br>時間  | 6.0<br>時間  | 7.2<br>時間  | 8.4<br>時間  | 9.6<br>時間  | 10.8<br>時間 |
| 17 人    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 4.2<br>時間 | 5.6<br>時間 | 7.0<br>時間  | 8.4<br>時間  | 9.8<br>時間  | 11.2<br>時間 | 12.6<br>時間 |            |
| 18 人    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 4.8<br>時間 | 6.4<br>時間 | 8.0<br>時間  | 9.6<br>時間  | 11.2<br>時間 | 12.8<br>時間 | 14.4<br>時間 |            |
| 19 人    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 5.4<br>時間 | 7.2<br>時間 | 9.0<br>時間  | 10.8<br>時間 | 12.6<br>時間 | 14.4<br>時間 | 16.2<br>時間 |            |
| 20 人    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 6.0<br>時間 | 8.0<br>時間 | 10.0<br>時間 | 12.0<br>時間 | 14.0<br>時間 | 16.0<br>時間 | 18.0<br>時間 |            |
| 機能訓練指導員 | <p>専ら通所介護サービスの提供を行う者 1 名以上</p> <p>機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で 6 月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。以下「理学療法士等」という。）とし、当該通所介護事業所の他の職務に従事することができる</p> <p>※機能訓練は、資格を有する機能訓練指導員が行うべきであるため、個別機能訓練加算を算定しない場合においても、必ず、通所介護事業所ごとに 1 以上の理学療法士等の資格を有する機能訓練指導員を配置し、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための機能訓練を行う。</p> <p>なお、利用者の日常生活やレクリエーション、行事を通じて行う補助的な機能訓練については、生活相談員または介護職員が兼務して行っても差し支えない。</p> |           |           |            |            |            |            |            |            |

※ 生活相談員または介護職員のうち 1 名以上は常勤であること。

※「単位」とは、同時に一体的に提供される指定通所介護をいうものであり、例えば、次のような場合には、2 単位とし、それぞれの単位に必要な従業者を確保する必要がある。

- ① 指定通所介護が同時に一定の距離を置いた 2 つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているといえない場合
- ② 午前と午後とで別の利用者に対して指定通所介護を提供する場合

また、利用者ごとに策定した通所介護計画に位置づけられた内容の通所介護が一体的に提供されていると認められる場合は、同一単位で提供時間数の異なる利用者に対して通所介護を行うことも可能である。なお、同時一体的に行われているとは認められない場合は、別単位となることに留意すること。

※常勤換算方法とは、当該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（３２時間を下回る場合は３２時間を基本とする。）で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。この場合の勤務延時間数は、当該事業所の指定に係る事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該事業所が訪問介護と通所介護の指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が訪問介護の訪問介護員と通所介護の介護職員を兼務する場合、介護職員の勤務延時間数には、介護職員としての勤務時間だけを算入することとなるものであること。（小数点第２位切り捨て）

※①「専ら従事」「専ら提供に当たる」とは、原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいい、②サービス提供時間帯とは、事業所における勤務時間（サービスの単位ごとの提供時間）をさし、従事者の常勤非常勤の別を問わない。

※あらかじめ計画された勤務表に従って、サービス提供時間帯の途中で同一職種の従事者と交代する場合には、それぞれのサービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことで足りる。

※提供時間数に応じて専ら当該指定通所介護の提供に当たる従業員を確保するとは、当該職種の従業員がサービス提供時間内に勤務する時間数の合計（以下「勤務延時間数」という。）を提供時間数で除して得た数が基準において定められた数以上となるよう、勤務延時間数を確保するものであり、従業員の員数にかかわらず、提供時間数に応じた必要な勤務延時間数を確保することをいうものである。

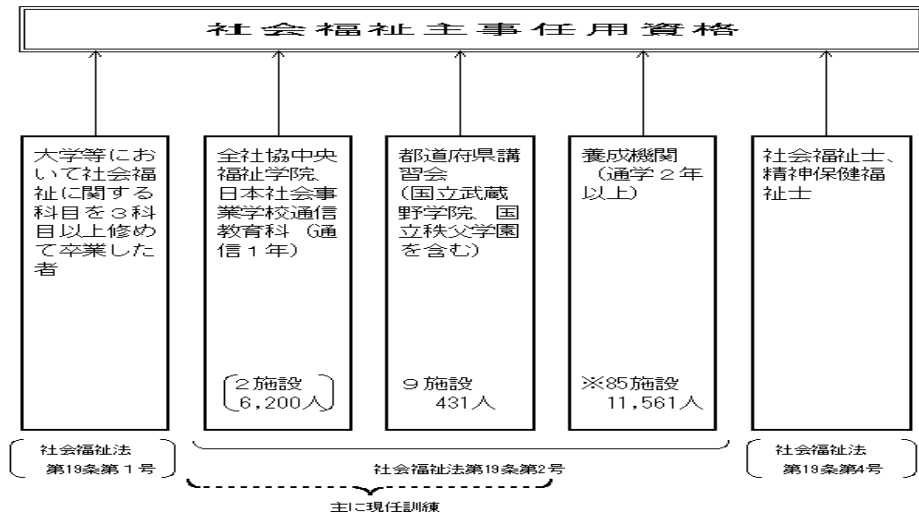
※「利用者数」「利用定員」は、単位ごとの指定通所介護についての利用者の数または利用定員をいう。①利用者の数：実人員、②利用定員：あらかじめ定めた利用者の数の上限。

## イ 資格要件

### ① 生活相談員

- 愛知県では次の資格等を有する者が認められています。

- 1) 社会福祉主事
- 2) 社会福祉主事任用資格



☆ 上記の3科目については、厚生労働省のホームページを参照してください。

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/shakai-kaigo-fukushi9.html>

☆ 上記の養成機関については、WAM NET (ホームページ) の社会福祉主事養成機関を参照してください。

<http://www.wam.gp.jp/content/wamnet/pcpub/top/appContents/selectyoseisisetsu.html>

- 3) 社会福祉士
- 4) 精神保健福祉士
- 5) 上記と同等以上の能力を有すると認められた者

- ① 介護福祉士
- ② 介護支援専門員として都道府県の登録を受けた者
- ③ 保育士 (保育士登録機関で登録された保育士証が必要です)
- ④ その他、保健・医療・福祉に係る資格又は実務経験から同等の能力を有すると知事が認める者  
(例：現在は退任しているが、民生委員の2期6年以上の実務経験がある者)

※ その他、保健・医療・福祉に係る資格又は実務経験から同等の能力を有すると知事が認める者を配置する場合は、「生活相談員の任用に係る申立書」を提出して認められる必要があります。

### ② 看護職員

- 看護師又は准看護師

### ③ 機能訓練指導員

- ・ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）の資格を有する者とする。

### ④ 管理者

- ・ 専従で常勤の者を配置する（1人）。
- ・ 兼務の取扱い

**・ 兼務は、管理業務に支障がないことが前提です。**

- ・ 職員及び業務の管理・指揮命令に支障が生じないときは、同一法人の他の事業所、施設の職務との兼務は可能です。
- ・ ただし、入所施設における入所者に対してサービス提供を行う看護・介護職員と兼務する場合や事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに事業所に駆け付けることができない体制となっている場合などは、管理業務に支障があると考えられます。

- ・ 資格要件はありませんが、次の管理者の職責を果たせること。
- ・ 管理者の職務（基準省令第52条）

- ・ 従業者及び業務の管理を一元的に行う。
- ・ 従業者に運営に関する基準を遵守させるための指揮命令を行う。

## （3）設備基準のあらまし

食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有するほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに指定通所介護の提供に必要なその他の設備及び備品等を備えなければなりません。なお、設備等は、当該指定通所介護事業所用として専用でなければなりません。利用者への指定通所介護の提供に支障がない場合等は、他の事業と共用することができます。

### （ア）食堂及び機能訓練室

- ・ 合計面積が、利用定員数に3㎡を乗じた面積（内法）以上であること。
- ・ 食事提供及び機能訓練を行う際、それぞれに支障がない広さを確保できる場合は、食堂及び機能訓練室は同一の場所とすることができる。

### （イ）相談室

- ・ 遮へい物の設置等により相談の内容が漏えいしないよう配慮されていること。

### （ウ）事務室

- ・ 事業運営のために必要な広さの専用の区画を設けること。
- ・ 他の事業の用に供するものと明確に区分される場合は、他の事業と同一の事務室であっても差し支えありません。間仕切りがなくとも、指定通所介護の事業を行うための区画が明確に特定されれば足ります。

**(エ) 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備**

- ・ 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備とは、消防法その他の法令等に規定された設備を示しており、それらの設備を確実に設置しなければなりません。

**(オ) その他**

- ・ 事務室・区画、又は設備及び備品等については、必ずしも事業者所有でなくても貸与を受けているもので足ります。

※ 通所介護事業以外の利用者、家族など部外者が通所介護サービス提供時間中に食堂・機能訓練室を通る場合は、通路を設け、その部分は食堂・機能訓練室の面積から除くこと。(2単位目の利用者が、1単位目の利用者の食堂、機能訓練室を通る場合も同様です。)

**(4) 運営基準のあらまし**

運営の基準として次のような項目が、規定されています。

- ・ 利用申込者に対するサービス提供内容及び手続の説明及び同意
- ・ 提供拒否の禁止
- ・ サービス提供困難時の対応
- ・ 受給資格等の確認
- ・ 要介護及び要支援認定の申請に係る援助
- ・ 心身の状況等の把握
- ・ 居宅介護支援事業者等との連携
- ・ 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助
- ・ 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供
- ・ 居宅サービス計画等の変更の援助
- ・ サービスの提供の記録
- ・ 利用料等の受領
- ・ 保険給付の請求のための証明書の交付
- ・ 指定通所介護の基本取扱方針
- ・ 指定通所介護の具体的取扱方針
- ・ 通所介護計画の作成
- ・ 利用者に関する市町村への通知
- ・ 緊急時等の対応
- ・ 管理者の責務
- ・ 運営規程
- ・ 勤務体制の確保等
- ・ 業務継続計画の策定等
- ・ 定員の遵守
- ・ 非常災害対策
- ・ 衛生管理等

- ・ 掲示
- ・ 秘密保持等
- ・ 広告
- ・ 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止
- ・ 苦情処理
- ・ 地域との連携
- ・ 事故発生時の対応
- ・ 虐待の対応
- ・ 会計の区分
- ・ 記録の整備

## （５）報酬請求のあらまし

### ア 基本報酬

通所介護事業所は、居宅介護支援事業所が作成する居宅サービス計画に基づき各事業所で作成する通所介護計画に位置付けられた内容及び標準的所要時間で請求することとされており、サービスの提供前に運営基準に定められた手続きを経て通所介護計画が作成されていなければ、介護報酬の請求はできません。

新規や区分変更申請等で要介護度が決まっていない場合や、諸事情で居宅サービス計画の入手が遅れた場合であっても、居宅介護支援事業所と連携を図り、サービスの提供前に通所介護計画を作成しなければならないことに留意してください。

### イ 各種加算

報酬基準（国の単位数表、告示、留意事項通知）に適合しない場合は介護報酬の請求はできません。

## I－３ 共生型通所介護

### （１）あらまし

「共生型通所介護」とは障害福祉制度における「生活介護」「自立訓練（機能訓練・生活訓練）」「児童発達支援」「放課後等デイサービス」（以下「生活介護等」という。）の指定を受けた事業所であれば、基本的に共生型通所介護の指定を受けられます。

### （２）人員基準

#### ア 従業者

- ・ 生活介護等の従業者の員数が、共生型通所介護を受ける利用者（要介護者）の数を含めて当該生活介護等の利用者とした場合に、当該生活介護等として必要とされる数以上であることが必要です。
- ・ この場合、生活介護等事業所の従業者については、前年度の利用者の平均障害支援区分に基づき、必要数を配置することとなっていますが、その算出に当たっては、共生型通所介護を受ける利用者（要介護者）は障害支援区分５とみなして計算してください。

## イ 管理者

共生型通所介護の管理者と生活介護等の管理者を兼務することは差し支えありません。

### (3) 設備基準

- ・ 生活介護等として満たすべき設備基準を満たしていれば足ります。ただし、児童発達支援又は放課後等デイの場合は、必要な設備等について要介護者が使用するものに適したものとするよう配置してください。
- ・ 共生型サービスは、要介護者、障害者及び障害児に同じ場所で同時に提供することを想定していることから、それぞれが利用する設備を区切る際、カーテンやパーテーション等の仕切りは不要です。

### (4) 運営基準

- ・ 運営基準の項目は10～11ページ（I-2（4））と同様です。
- ・ 共生型通所介護の利用定員は、介護給付の対象となる利用者（要介護者）の数と障害給付の対象者（障害者及び障害児）の数との合計数により、利用定員を定めてください。

【例】利用定員20名＝要介護者＋障害者＋障害児＝20名

10月1日利用：要介護者10名 障害者及び障害児10名…可

10月9日利用：要介護者5名 障害者及び障害児15名…可

- ・ 要介護者、障害者及び障害児に分けて提供する場合（例えば、午前中要介護者へ通所介護、午後障害児に対して放課後等デイを提供）は、共生型サービスとして認められません。

## I-4 指定の事務の流れ

### (1) 指定の受付担当部署

- ・ 通所介護・共生型通所介護事業の指定に関する事務は、事業所の所在地により、下記の福祉相談センターにおいて行います。

※事業所の所在地が名古屋市・東三河広域連合（豊橋市、豊川市、蒲郡市、新城市、田原市、設楽町、東栄町、豊根村）・岡崎市・一宮市・豊田市の場合には各市等の窓口へお問い合わせください。

- ・ 図面相談、新規申請及び加算届の受付は、事前予約が必要です。下記の担当福祉相談センターに電話で予約をした上で受付窓口へお越しください。
- ・ なお、図面相談については、新規申請前の早い段階で審査を受けるようお願いします。

(表 I - 3 - 1)

| 事業所の所在地                                                                                                                                                                                            | 担当福祉相談センター                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (市部) 瀬戸市、半田市、春日井市、津島市、犬山市、常滑市、江南市、小牧市、稲沢市、東海市、大府市、知多市、尾張旭市、岩倉市、豊明市、日進市、愛西市、清須市、北名古屋市、弥富市、あま市、長久手市<br>(愛知郡) 東郷町<br>(西春日井郡) 豊山町<br>(丹羽郡) 大口町、扶桑町<br>(海部郡) 大治町、蟹江町、飛島村<br>(知多郡) 阿久比町、東浦町、南知多町、美浜町、武豊町 | 尾張福祉相談センター 地域福祉課<br>〒460-0001<br>名古屋市中区三の丸 2 - 6 - 1<br>(三の丸庁舎 7 階)<br>電話 0 5 2 - 9 6 1 - 1 4 2 3<br>FAX 0 5 2 - 9 6 1 - 7 2 8 8 |
| (市部) 碧南市、刈谷市、安城市、西尾市、知立市、高浜市、みよし市<br>(額田郡) 幸田町                                                                                                                                                     | 西三河福祉相談センター 地域福祉課<br>〒444-0860<br>岡崎市明大寺本町 1 - 4<br>(西三河総合庁舎 9 階)<br>電話 0 5 6 4 - 2 7 - 2 7 3 7<br>FAX 0 5 6 4 - 2 7 - 2 8 1 6   |

- ・ 提出書類の様式などは、愛知県福祉局高齢福祉課のホームページ (<https://www.pref.aichi.jp/soshiki/korei/kaigo-youshiki.html>) に掲載しています。

## (2) 指定のスケジュール

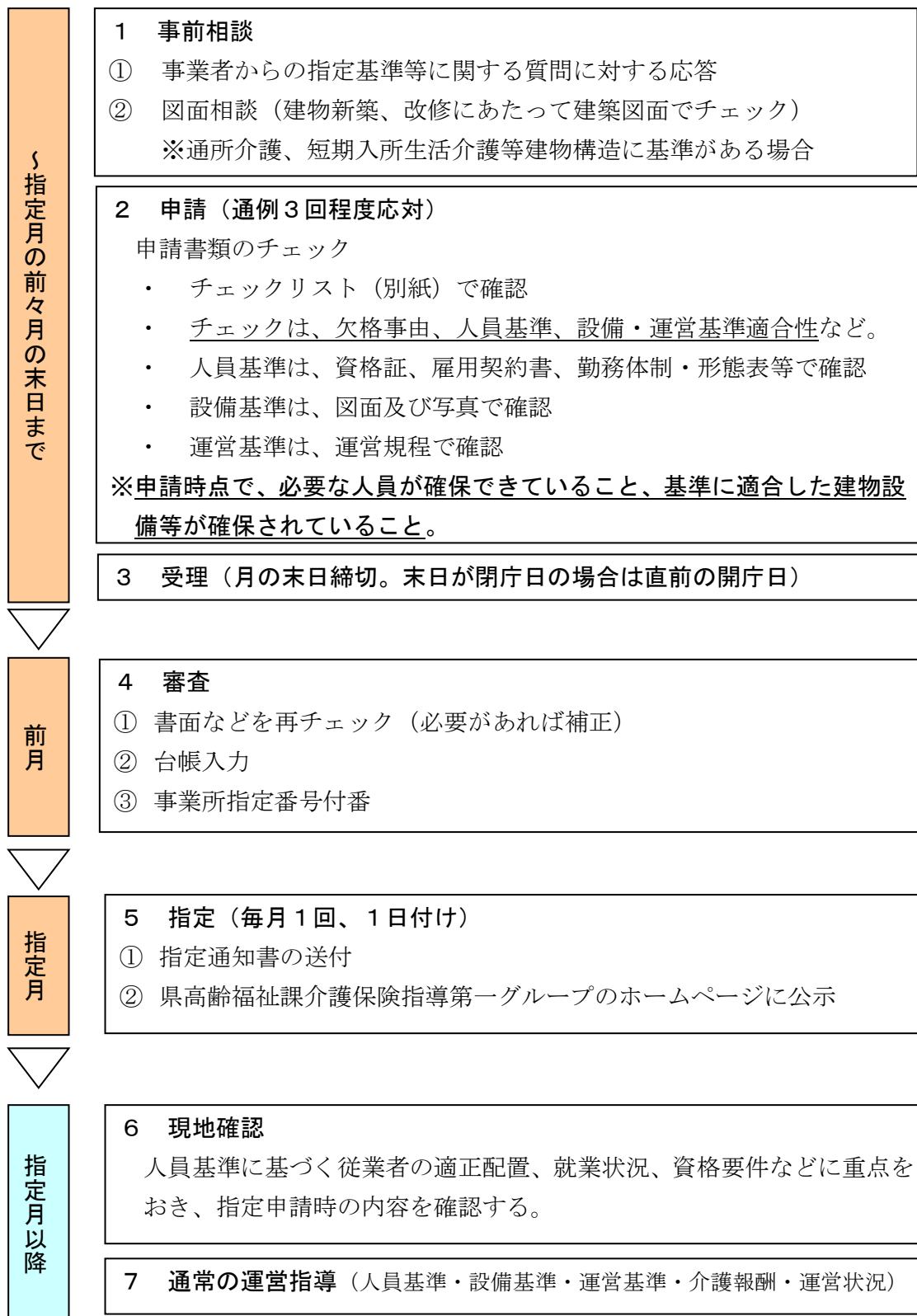
### ア 基本ルール

- ① 指定は、指定希望月の前々月末の午後 5 時までに受付け、受理した申請書類を審査の上、翌々月の 1 日付けで行います。指定は月 1 回です。  
例：1 月 2 5 日に受理した申請は、審査の上、3 月 1 日に指定する。  
なお、月の末日が閉庁日の場合は、直前の開庁日を締切日とします。  
例：月の末日が日曜日の場合は、その前々日の金曜日が締切日。  
(事業所指定の特例)  
市町村が介護保険事業計画の進捗上特に必要と認める通所介護事業や短期入所事業等については、特例として次のとおり取扱いとします。  
15 日受付期限：翌月初日指定、月末受付期限：翌月 16 日指定  
特例の確認は市町村意見書により行います。
- ② 書類に不備のあるものについては、受理しません。
- ③ 申請時点で、建物・備品等が使用可能な状態になっている必要があります。
- ④ 申請を受理した翌日に調査しても基準を満たしていることが確認できる状況となっていることが必要です。なお、原則として、指定日以後、3 か月以内に、申請内容と相違ないか確認するため現地確認を行います。

## イ 指定のスケジュール

指定申請についての大まかなスケジュールは、図 I-3-1 のとおりです。

(図 I-3-1 指定のスケジュール)



#### ＜指定申請書受理後の留意事項＞

指定申請書受理後、指定月まで約1か月ありますが、その間も指定申請書等の審査期間です。

あくまでも指定予定であり、指定されるまでの間は利用予定者との契約はできませんので御注意ください。

なお、指定申請書を提出し、事業開始までに配置予定であった職員に変更が生じた場合は、必ず申請書受付機関にその旨を文書により報告してください。

必要職員の配置が困難となった場合は、申請の取り下げをする必要があります。取り下げをしない場合でも、その事実が確認されている場合は、指定時の人員基準を満たしていないため指定できません。

適正な人員が確保できないまま、取り下げせずに指定を受けた場合は、不正な手続により指定を受けた場合に該当する可能性が高く、指定の取消処分の対象となる場合がありますので、十分留意してください。

また、広報等については以下のことに注意してください。

◎ 内容が虚偽又は誇大なものとならないようにしてください。

◎ 「居宅介護支援」と同一紙面に広告はできません。

◎ リーフレット等には、介護事業所として既に指定を受けているかのような表現はしないようにしてください。（例 良い例：3月1日指定予定、悪い例：3月1日オープン）また、内覧会等を開催する場合についても同様です。

◎ 各家庭を訪問し、広報を行うにあたっては、強引な勧誘と受け取られかねないような対応は慎んでください。

なお、事業の開始は原則として指定日と同日としてください。

### （３）業務管理体制整備に関する届出

法人として、新規に介護サービスを始めた場合は、医療みなし事業所のみの事業所を除き、法人単位で、業務管理体制を整備し、愛知県福祉局高齢福祉課介護保険指導第一グループ（電話（直）０５２－９５４－６２８９）に届け出る必要があります。指定申請とは別に、届け出る必要がありますので忘れないようにお願いします。

届出が必要な事由、届出様式などは、愛知県福祉局高齢福祉課介護保険指導第一グループのホームページ

<https://www.pref.aichi.jp/soshiki/korei/gyoumukanri.html>）に掲載しています。

### （４）その他

#### ① 老人福祉法上の届出

通所介護の事業を行う場合は、事業開始前に老人福祉法上の「老人デイサービス事業開始届」の届け出が必要です。（老人福祉法第14条）

※事業所の所在地が名古屋市・東三河広域連合（豊橋市、豊川市、蒲郡市、新城市、田原市、設楽町、東栄町、豊根村）・岡崎市・一宮市・豊田市の場合には各市等の窓口へお問い合わせください。

上記以外の市町村の場合は、下記に届出してください。

愛知県福祉局高齢福祉課施設グループ

電話番号 052-954-6287

ファックス 052-954-6919

住 所 〒460-8501 名古屋市中区三の丸三丁目1-2

## ② 生活保護法の指定

平成26年7月1日以降に介護保険法による指定又は開設許可を受けた介護機関は、生活保護法の指定介護機関の指定を受けたものとみなされます。生活保護法に基づく指定申請の手続きは必要ありません。生活保護の指定が不要な場合は届出が必要となります。

事業所の所在地が名古屋市・豊橋市・岡崎市・一宮市・豊田市の場合には各市の窓口へお問い合わせください。

上記以外の市町村の場合は、愛知県福祉局福祉部地域福祉課生活保護グループが担当です。（電話（直）052-954-6263）

ただし平成26年6月30日以前に介護保険法による指定又は開設許可を受けた介護機関で、生活保護法の指定を受けていない介護機関は、指定を受けようとする場合には申請が必要となります。

詳細について

<https://www.pref.aichi.jp/soshiki/chiikifukushi/0000079799.html>

を参照してください。

## ③ 宿泊サービスを提供する場合

指定通所介護事業所等が指定通所介護等の提供以外の目的で、宿泊サービスを提供しようとする場合は、当該宿泊サービスの内容を当該サービス提供開始前に、指定通所介護等の指定権者に届け出る必要があります。

詳細については、愛知県福祉局高齢福祉課介護保険指導第一グループのホームページ（<https://www.pref.aichi.jp/soshiki/korei/syukuhakuday.html>）を参照してください。

## ④ 他の公費負担制度の手続きについては、それぞれの所管部局に御確認ください。

## Ⅱ 指定申請書類について

### Ⅱ－１ 指定申請書類一覧（通所介護・共生型通所介護）

- ・ 通所介護事業・共生型通所介護事業の指定申請をするためには、表Ⅱ－１の１の書類が必要です。
- ・ 表Ⅱ－１の１の書類の提出については、原則として電子申請・届出システム（<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/shinsei/>）を利用してください。
- ・ 申請（申請相談）にあたって、電子申請届出システムを利用できない場合については、チェックリスト（点検表）を一番上にし、その下に表Ⅱ－１の１の書類を指定申請書類一覧表の番号順に揃えて、提出してください。
- ・ 下記書類の他に、必要に応じて追加資料を求める場合があります。

（表Ⅱ－１の１）指定申請書類一覧（通所介護・共生型通所介護用）

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(1) 指定申請書（別紙様式一号（一））</p> <p>(2) 指定に係る記載事項（付表第一号（六））</p> <p>(3) 商業登記事項証明書（直近３ヶ月以内の原本）</p> <p>    ※登記情報サービスを利用する場合は照会番号がわかる資料が必要</p> <p>    ※共生型通所介護については直近のものではなく、また、写しの提出で可</p> <p>(4) 従業者の勤務体制及び勤務形態（標準様式１）</p> <p>(5) 平面図（標準様式３）【共生型通所介護は不要】</p> <p>(6) 設備・備品等一覧表（標準様式４）【共生型通所介護は不要】</p> <p>(7) 運営規程</p> <p>(8) 苦情を処理するための措置の概要（標準様式５）【共生型通所介護は不要】</p> <p>(9) 欠格事由に該当していない旨の誓約書（標準様式６）</p> <p>    □居宅サービス用（別紙①）</p> <p>(10) 役員名簿（参考様式２）</p> <p>(11) 主要な場所の写真（参考様式３）【共生型通所介護は不要】</p> <p>(12) 管理者の雇用関係を証する書類【共生型通所介護は不要】</p> <p>(13) 生活相談員、看護職員、機能訓練指導員の資格及び連携病院等との契約書</p> <p>(14) 介護給付費算定に係る届出書（別紙２）</p> <p>(15) 介護給付費算定に係る一覧表</p> <p>    □居宅サービス用（別紙１－１）</p> <p>    <b>【共通】</b></p> <p>    □算定区分（通常規模・大規模Ⅰ・大規模Ⅱ）別添５－４により確認</p> <p>    □高齢者虐待防止措置の有無</p> <p>    □業務継続計画策定の有無</p> <p>    □時間延長サービス体制（対応できる従業者について、勤務形態一覧表に○印を記入）</p> <p>    □入浴介助体制（有→浴槽の写真）</p> <p>    □生活機能向上連携加算（あり→協力医療提供機関との協定書等の写し及び協力医</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

療提供施設のリハ職の資格証資格証の写し)

☐個別機能訓練加算

((I) イ：専従の機能訓練指導員を1名以上配置、(I) ロ：(I) イで配置した機能訓練指導員に加え、専従の機能訓練指導員を1名以上配置)

☐ADL維持加算の申し出の有無（有→「L I F Eへの登録」あり）

☐若年性認知症利用者受入加算の有無

☐栄養アセスメント・栄養改善加算（管理栄養士1名以上配置）

☐口腔機能向上加算（言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置）

☐科学的介護推進体制加算（有→「L I F Eへの登録」あり）

☐介護職員処遇改善加算（有→別紙様式2）

※ サービス提供体制強化加算は事業所として3ヶ月分の実績が必要です。よって、新規指定から4ヶ月目の事業所が、加算要件に合致した場合に届け出ることができます。

例：令和7年3月1日指定

→令和7年6月1日から6月15日までに届出（郵送は不可）

（令和7年3月から令和7年5月の3ヶ月実績）

令和7年7月分より算定できます。

#### 【通所介護】

※ 中重度者ケア体制加算及び認知症加算は事業所として3ヶ月分の実績が必要です。よって、新規指定から4ヶ月目の事業所が、加算要件に合致した場合に届け出ることができます。

例：令和7年3月1日指定

→令和7年6月1日から6月15日までに届出（郵送は不可）

（令和7年3月から令和7年5月の3ヶ月実績）

令和7年7月分より算定できます。

#### 【共生型通所介護】

☐共生型サービスの提供

「生活介護」「自立訓練（機能訓練・生活訓練）」「児童発達支援」

「放課後等デイサービス」のいずれかの☐を■にします。

☐生活相談員配置等加算（有→提供時間を通じた生活相談員の配置）

(16) 指定通所介護事業所等における宿泊サービスの実施に関する開始・変更・廃止・再開・届出書（別紙様式）【宿泊サービスを行わなければ不要】

(17) 証紙貼付書（様式第33）

(18) 障害福祉サービスの指定通知書の写し【共生型通所介護のみ】

## Ⅱ－２ 指定申請書類の記入要領

指定申請書類の「点検表」は、太枠部分のみ記入して、電子申請届出システムに添付又は指定申請相談時に持参してください。

### 6 通所介護の点検表

※管理者等申請内容を熟知した方が申請して下さい。

|         |     |  |                              |   |   |   |
|---------|-----|--|------------------------------|---|---|---|
| ※法人名    |     |  | 1                            | 2 | 3 | 4 |
| ※事業所の名称 |     |  | 点検日                          | ／ | ／ | ／ |
| ※連絡先    | Tel |  | 対応職員                         |   |   |   |
|         |     |  | ※相談者名<br>(申請法人以外ならば<br>その関係) |   |   |   |

| ※(点検を受ける前に)今後の制度改革の状況に十分注意し、県より補正依頼があった場合は迅速に対応しますか。(はい・いいえ)                                                                                     |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 書 類                                                                                                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | チェック内容                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| 指定申請書(別紙様式第一号(一))                                                                                                                                |   |   |   |   | □ 登記事項証明書の目的の中に、通所介護の場合は「通所介護」・「居宅サービス事業」・「第2種社会福祉事業老人デイサービスセンター」等の適切な文言があるか □ 不一致の有無(名称・所在地・代表者・管理者・電話番号・FAX番号・登記事項証明書・添付書類などで間違った住所や氏名が書かれていないかどうか) <b>□郵便番号の間違い注意</b>                                                                                                 |  |
| 指定に係る記載事項(付表第一号(六))                                                                                                                              |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 商業登記事項証明書(直近3ヶ月以内の原本)                                                                                                                            |   |   |   |   | □ 履歴事項全部証明書でも可<br>□ 登記情報提供サービスを利用する場合は電子申請・届出システムに照会番号を記載又は照会番号がわかる資料を添付したか。                                                                                                                                                                                             |  |
| 従業者の勤務体制及び勤務形態<br>(標準様式1)                                                                                                                        |   |   |   |   | □ 専ら職務に従事する常勤の管理者 □ 専従の生活相談員が提供時間数に応じて1以上確保されるために必要な数 □ 単位ごとに専従の介護職員を提供時間数に応じて配置。利用者15人までは平均提供時間数分の人員、16人以上の場合は、「((利用者数－15)÷5＋1)×平均提供時間数＝確保すべき勤務延時間数」分の人員(すべての提供時間において1人以上配置) □ 単位ごとに専従の看護職員1人以上 □ 病院等との連携により看護職員を確保する場合、勤務表に勤務体制を記載 □ 生活相談員又は介護職員の1人以上は常勤 □ 機能訓練指導員1人以上 |  |
| 平面図(標準様式3)                                                                                                                                       |   |   |   |   | □ 食堂及び機能訓練室(ともに支障がない場合のみ合算可能。合計面積が利用者1人当たり3㎡以上であることがわかる <b>求積図(表)を添付</b> すること) □ 静養室<br>□ 相談室(遮蔽物の設置にて、プライバシー確保) □ 事務室(※すべて写真にて確認するため、 <b>部屋の広さの数値、平面図に撮影した方向を記入する。</b> )                                                                                                |  |
| 設備・備品等一覧表(標準様式4)                                                                                                                                 |   |   |   |   | □ 身体の不自由な方に適した構造であるか<br>□ 日照・採光・換気・衛生面に配慮されているか<br>□ 備品の充実(机、椅子、パソコン、通信機器など)<br>□ 防災等への配慮・非常災害設備など                                                                                                                                                                       |  |
| 運営規程                                                                                                                                             |   |   |   |   | □ 不一致の確認(名称、所在地、勤務表、営業日、営業時間、サービス提供時間) □ 実施単位数、単位ごとの利用定員 □ 利用料(□通常地域外の送迎費用、□延長料金、□食費、□おむつ代、□その他の日常生活費) □ 介護給付の対象とならない費用の積算根拠(□食費) □ 実施地域の特定(区町名まで) □ 緊急時の対応 □ 虐待防止のための措置 □ 守秘義務                                                                                          |  |
| 苦情を処理するための措置の概要<br>(標準様式5)                                                                                                                       |   |   |   |   | □ 記録の保存と再利用 □ 担当者名、電話番号、FAX                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 欠格事由に該当していない旨の誓約書<br>(標準様式6)                                                                                                                     |   |   |   |   | □ 法人の全役員と事業所の管理者が対象                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 役員名簿(参考様式2)                                                                                                                                      |   |   |   |   | □ 法人の全役員と事業所の管理者が対象                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 主要な場所の写真(参考様式3)                                                                                                                                  |   |   |   |   | □ 外観 □ 玄関 □ 上記の各部屋 □ 上記の各設備・備品など(なるべく多めにお願いします)(※完成した事業所の写真添付)                                                                                                                                                                                                           |  |
| 管理者の雇用関係がわかる書類                                                                                                                                   |   |   |   |   | □ 労働条件通知書(雇入通知書)・辞令の写しなどの雇用関係が分かる書類                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 資格が必要な職種の資格証・証明書、連携病院等との契約書                                                                                                                      |   |   |   |   | □ 生活相談員 □ 看護職員 □ 機能訓練指導員 □ 氏名変更あれば、それが分かる公的な証明書(戸籍抄本等)<br>(病院等との連携により看護職員を確保する場合) □ 連携看護職員の従事日(曜日)及び時間<br>□ 密接かつ適切な連携 □ 連携看護職員の業務内容 □ 管理者の連携看護職員に対する指揮命令権□連携病院等から受けた、連携看護職員の資格証の添付が必要                                                                                    |  |
| 介護給付費算定に係る届出書(別紙2)                                                                                                                               |   |   |   |   | □ 算定区分(通常規模・大規模Ⅰ・大規模Ⅱ)別添5－4により確認<br>□ 高齢者虐待防止措置実施の有無                                                                                                                                                                                                                     |  |
| 介護給付費算定に係る一覧表<br>(別紙1－1)                                                                                                                         |   |   |   |   | □ 業務継続計画策定の有無<br>□ 介護職員等処遇改善加算(有一別紙様式2)                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| 事業所と同一敷地内で宿泊サービスを行う場合は、指定通所介護事業所等における宿泊サービスの実施に関する開始・変更・休止・廃止・再開届出書(別紙様式)                                                                        |   |   |   |   | [宿泊サービスを行わなければ不要]<br>□ 愛知県における指定通所介護事業所等で提供する宿泊サービス事業の指針に適合しているか<br>□ 平面図(標準様式3)に宿泊サービス実施場所が記載されていること<br>□ 主要な場所の写真(参考様式3)に宿泊サービス実施場所の写真があること                                                                                                                            |  |
| 証紙貼付書(様式第33)                                                                                                                                     |   |   |   |   | □ 愛知県収入証紙30,000円分が添付されているか。(消印はしないでください。)<br>□ キャッシュレス決済を利用する場合、あいち電子申請・届出システムにより支払手続きを完了しているか。                                                                                                                                                                          |  |
| ※共生型サービスを提供する場合は、児童福祉法又は障害者総合支援法に基づく指定通知書の写しを提出してください。<br>共生型サービスの場合、5「平面図」、6「設備の概要」、8「苦情を処理するための措置の概要」、11「主要な場所の写真」、12「管理者の雇用関係がわかる書類」の提出は不要です。 |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |

|                  |    |  |
|------------------|----|--|
| 申<br>送<br>事<br>項 | 1) |  |
|                  | 2) |  |
|                  | 3) |  |

注) 次回の点検にもこの用紙と一緒に提出してください。

(1) 指定申請書 (別紙様式第一号 (一))

別紙様式第一号 (一)

指定居宅サービス事業所  
介護保険施設  
指定介護予防サービス事業所

指定(許可)申請書

○ 年 ○ 月 ○ 日

愛知県知事 殿

所在地 愛知県○○市○町○番○号

申請者 名称 株式会社 あいちけん

代表者職名・氏名 代表取締役 愛知花子

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。

|                              |                                                      |                                                      |                          |                       |                           |                        |                |              |  |  |  |  |
|------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------|------------------------|----------------|--------------|--|--|--|--|
|                              |                                                      | 法人番号                                                 |                          |                       |                           |                        |                |              |  |  |  |  |
|                              |                                                      | 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1                              |                          |                       |                           |                        |                |              |  |  |  |  |
| 申請者                          | フリガナ                                                 | カブシキガシャ アイチケン                                        |                          |                       |                           |                        |                |              |  |  |  |  |
|                              | 名称                                                   | 株式会社 あいちけん                                           |                          |                       |                           |                        |                |              |  |  |  |  |
|                              | ①<br>在たる事務所の所在地                                      | (郵便番号 000 - 0000 )<br>愛知 都 道 府 県 ○○ (市) 区 町 村 ○町○番○号 |                          |                       |                           |                        |                |              |  |  |  |  |
|                              | 連絡先                                                  | 電話番号                                                 | 000-000-0000 (内線) 0000   |                       |                           |                        | FAX番号          | 000-000-0000 |  |  |  |  |
|                              |                                                      | Email                                                | ○○○○@○○. ○○. ○○          |                       |                           |                        |                |              |  |  |  |  |
| 法人等の種類                       | 株式会社                                                 |                                                      |                          |                       |                           |                        |                |              |  |  |  |  |
| 代表者(開設者)の職名・氏名・生年月日          | 職名                                                   | 代表取締役                                                |                          | フリガナ                  | アイチ ハナコ                   |                        | 生年月日           | 昭和○年○月○日     |  |  |  |  |
|                              |                                                      |                                                      |                          | 氏 名                   | 愛知 花子                     |                        |                |              |  |  |  |  |
| 代表者(開設者)の住所                  | (郵便番号 000 - 0000 )<br>愛知 都 道 府 県 ○○ (市) 区 町 村 ○町○番○号 |                                                      |                          |                       |                           |                        |                |              |  |  |  |  |
| 法人の吸収合併又は吸収分割における指定(許可)申請時に☑ |                                                      |                                                      |                          |                       |                           |                        |                |              |  |  |  |  |
| 指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類      | 同一所在地において行う事業等の種類                                    |                                                      | 共生型サービス申請時に☑             | 指定(許可)申請対象事業等(該当事業に○) | 既に指定(許可)を受けている事業等(該当事業に○) | 指定(許可)申請をする事業等の開始予定年月日 | 様 式            |              |  |  |  |  |
|                              | 訪問介護                                                 |                                                      | <input type="checkbox"/> |                       |                           |                        | 付表第一号(一)       |              |  |  |  |  |
|                              | 訪問入浴介護                                               |                                                      |                          |                       |                           |                        | 付表第一号(二)       |              |  |  |  |  |
|                              | 訪問看護                                                 |                                                      |                          |                       |                           |                        | 付表第一号(三)       |              |  |  |  |  |
|                              | 訪問リハビリテーション                                          |                                                      |                          |                       |                           |                        | 付表第一号(四)       |              |  |  |  |  |
|                              | 居宅療養管理指導                                             |                                                      |                          |                       |                           |                        | 付表第一号(五)       |              |  |  |  |  |
|                              | 通所介護                                                 |                                                      | <input type="checkbox"/> | ○                     |                           | 令和○年○月○日               | 付表第一号(六)       |              |  |  |  |  |
|                              | 通所リハビリテーション                                          |                                                      |                          |                       |                           |                        | 付表第一号(七)       |              |  |  |  |  |
|                              | 短期入所生活介護                                             |                                                      | <input type="checkbox"/> |                       |                           |                        | 付表第一号(八)(九)(十) |              |  |  |  |  |
|                              | 短期入所療養介護                                             |                                                      |                          |                       |                           |                        | 付表第一号(十一)      |              |  |  |  |  |
|                              | 特定施設入居者生活介護                                          |                                                      |                          |                       |                           |                        | 付表第一号(十二)      |              |  |  |  |  |
|                              | 福祉用具貸与                                               |                                                      |                          |                       |                           |                        | 付表第一号(十三)      |              |  |  |  |  |
|                              | 特定福祉用具販売                                             |                                                      |                          |                       |                           |                        | 付表第一号(十四)      |              |  |  |  |  |
|                              | 介護老人福祉施設                                             |                                                      |                          |                       |                           |                        | 付表第一号(十五)      |              |  |  |  |  |
|                              | 介護老人保健施設                                             |                                                      |                          |                       |                           |                        | 付表第一号(十六)      |              |  |  |  |  |
|                              | 介護医療院                                                |                                                      |                          |                       |                           |                        | 付表第一号(十七)      |              |  |  |  |  |
|                              | 介護予防訪問入浴介護                                           |                                                      |                          |                       |                           |                        | 付表第一号(二)       |              |  |  |  |  |
|                              | 介護予防訪問看護                                             |                                                      |                          |                       |                           |                        | 付表第一号(三)       |              |  |  |  |  |
|                              | 介護予防訪問リハビリテーション                                      |                                                      |                          |                       |                           |                        | 付表第一号(四)       |              |  |  |  |  |
|                              | 介護予防居宅療養管理指導                                         |                                                      |                          |                       |                           |                        | 付表第一号(五)       |              |  |  |  |  |
| 介護予防通所リハビリテーション              |                                                      |                                                      |                          |                       |                           | 付表第一号(七)               |                |              |  |  |  |  |
| 介護予防短期入所生活介護                 |                                                      | <input type="checkbox"/>                             |                          |                       |                           | 付表第一号(八)(九)(十)         |                |              |  |  |  |  |
| 介護予防短期入所療養介護                 |                                                      |                                                      |                          |                       |                           | 付表第一号(十一)              |                |              |  |  |  |  |
| 介護予防特定施設入居者生活介護              |                                                      |                                                      |                          |                       |                           | 付表第一号(十二)              |                |              |  |  |  |  |
| 介護予防福祉用具貸与                   |                                                      |                                                      |                          |                       |                           | 付表第一号(十三)              |                |              |  |  |  |  |
| 特定介護予防福祉用具販売                 |                                                      |                                                      |                          |                       |                           | 付表第一号(十四)              |                |              |  |  |  |  |
| 介護保険事業所番号                    |                                                      | (既に指定又は許可を受けている場合)                                   |                          |                       |                           |                        |                |              |  |  |  |  |
| 医療機関コード等                     |                                                      | (保険医療機関として指定を受けている場合)                                |                          |                       |                           |                        |                |              |  |  |  |  |

① 申請者

- ・ 申請者は、法人でなくてはなりません。法人の種類は問いません。但し、介護保険サービスの実施にあたって、県（国）の認可（社会福祉法人、医療法人等）が必要な法人については、別途法人を所管する部署との協議を行い、定款変更などの各手続きを済ませた上で、申請書類を提出してください。
- ・ 法人登記上、記載されている住所を記載します。（丁目・番地等は省略せずに記載すること。）
- ・ 法人の名称についても、省略しないで登記上の正式な法人名を記載します。  
（例：「株式会社」を「(株)」等のように省略しないこと。）
- ・ 郵便番号、電話番号など誤りがないようよく確認して記入してください。

② 指定（許可）申請をする事業等の開始予定年月日

- ・ 申請書類を提出する日の属する月の翌々月の１日として記入してください。  
例：令和７年３月中に受理の見込み → 令和７年５月１日

③ 既に指定等を受けている事業等

- ・ 同一敷地内・同一申請者により既に指定等を受けている事業がある場合に、記入してください。

## (2) 指定に係る記載事項 (付表第一号 (六))

付表第一号(六) 通所介護事業所の指定等に係る記載事項

|                    |                                 |                                                           |                              |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
|--------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------|---------|--------------|------|---------|----|--|
| 事業所                | 法人番号                            | 111111111111                                              |                              |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
|                    | フリガナ                            | アイチマルマルツウショカイゴジギョウショ                                      |                              |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
|                    | 名称                              | あいち〇〇通所介護事業所                                              |                              |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
|                    | 所在地                             | (郵便番号 000 - 0000 )<br>愛知 都 道 〇〇 (市) 区 〇町〇番〇号<br>府 (県) 町 村 |                              |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
| 管理者                | 連絡先                             | 電話番号                                                      | 000-000-0000 (内線) 0000       |     |                                                                  | FAX番号   | 000-000-0000 |      |         |    |  |
|                    |                                 | Email                                                     | 〇〇〇〇@〇〇. 〇〇. 〇〇              |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
|                    | フリガナ                            | タナカ ハナコ                                                   |                              | 住所  | (郵便番号 000 - 0000 )<br>〇〇市〇町〇番〇号                                  |         |              |      |         |    |  |
|                    | 氏 名                             | 田中 花子                                                     |                              |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
|                    | 生年月日                            | 昭和〇年〇月〇日                                                  |                              |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
|                    | 当該事業所で兼務する他の職種<br>(兼務の場合のみ記入)   |                                                           |                              |     |                                                                  | 介護職員    |              |      |         |    |  |
|                    | 他の事業所、施設等の職務との兼務<br>(兼務の場合のみ記入) |                                                           | 兼務先の名称、所在地                   |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
|                    |                                 |                                                           | 兼務先のサービス種別、兼務する職種<br>及び勤務時間等 |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
| 共生型サービスの該当有無       |                                 |                                                           |                              |     | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 |         |              |      |         |    |  |
| 〇設備に関する基準の確認に必要な事項 |                                 |                                                           |                              |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積     |                                 |                                                           | 66.00 m <sup>2</sup>         |     | 利用定員(同時利用)                                                       |         |              | 20 人 |         |    |  |
| サービス提供単位 1         | 〇人員に関する基準の確認に必要な事項              |                                                           |                              |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
|                    | 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 |  |
|                    |                                 |                                                           | 1                            | 0   | 0                                                                | 0       | 0            | 0    | 0       | 0  |  |
|                    | 非常勤(人)                          |                                                           | 0                            | 0   | 1                                                                | 0       | 1            | 1    | 1       | 0  |  |
|                    | 〇設備に関する基準の確認に必要な事項              |                                                           |                              |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
|                    | 営業日(該当に〇)                       |                                                           | 日曜日                          | 月曜日 | 火曜日                                                              | 水曜日     | 木曜日          | 金曜日  | 土曜日     | 祝日 |  |
|                    |                                 |                                                           | 〇                            | 〇   | 〇                                                                | 〇       | 〇            | 〇    |         |    |  |
|                    |                                 |                                                           | その他(年末年始休日等)                 |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
|                    | 営業時間                            |                                                           | 9 : 00                       |     | ~                                                                |         | 17 : 00      |      |         |    |  |
| 曜日ごとに異なる場合記入       | 平日                              | :                                                         |                              | ~   |                                                                  | :       |              |      |         |    |  |
|                    | 土曜日                             | :                                                         |                              | ~   |                                                                  | :       |              |      |         |    |  |
|                    | 日曜日・祝日                          | :                                                         |                              | ~   |                                                                  | :       |              |      |         |    |  |
| サービス提供時間           |                                 | 9 : 00                                                    |                              | ~   |                                                                  | 13 : 00 |              |      |         |    |  |
| 利用定員               |                                 | 20 人                                                      |                              |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
| サービス提供単位 2         | 〇人員に関する基準の確認に必要な事項              |                                                           |                              |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
|                    | 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 |  |
|                    |                                 |                                                           | 1                            | 0   | 0                                                                | 0       | 0            | 1    | 0       | 0  |  |
|                    | 非常勤(人)                          |                                                           | 0                            | 0   | 2                                                                | 0       | 0            | 1    | 1       | 0  |  |
|                    | 〇設備に関する基準の確認に必要な事項              |                                                           |                              |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
|                    | 営業日(該当に〇)                       |                                                           | 日曜日                          | 月曜日 | 火曜日                                                              | 水曜日     | 木曜日          | 金曜日  | 土曜日     | 祝日 |  |
|                    |                                 |                                                           | 〇                            | 〇   | 〇                                                                | 〇       | 〇            | 〇    |         |    |  |
|                    |                                 |                                                           | その他(年末年始休日等)                 |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
|                    | 営業時間                            |                                                           | 9 : 00                       |     | ~                                                                |         | 17 : 00      |      |         |    |  |
| 曜日ごとに異なる場合記入       | 平日                              | :                                                         |                              | ~   |                                                                  | :       |              |      |         |    |  |
|                    | 土曜日                             | :                                                         |                              | ~   |                                                                  | :       |              |      |         |    |  |
|                    | 日曜日・祝日                          | :                                                         |                              | ~   |                                                                  | :       |              |      |         |    |  |
| サービス提供時間           |                                 | 13 : 00                                                   |                              | ~   |                                                                  | 17 : 00 |              |      |         |    |  |
| 利用定員               |                                 | 20 人                                                      |                              |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
| サービス提供単位 3         | 〇人員に関する基準の確認に必要な事項              |                                                           |                              |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
|                    | 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 |  |
|                    |                                 |                                                           |                              |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
|                    | 非常勤(人)                          |                                                           |                              |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
|                    | 〇設備に関する基準の確認に必要な事項              |                                                           |                              |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
|                    | 営業日(該当に〇)                       |                                                           | 日曜日                          | 月曜日 | 火曜日                                                              | 水曜日     | 木曜日          | 金曜日  | 土曜日     | 祝日 |  |
|                    |                                 |                                                           |                              |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
|                    |                                 |                                                           | その他(年末年始休日等)                 |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
|                    | 営業時間                            |                                                           | :                            |     | ~                                                                |         | :            |      |         |    |  |
| 曜日ごとに異なる場合記入       | 平日                              | :                                                         |                              | ~   |                                                                  | :       |              |      |         |    |  |
|                    | 土曜日                             | :                                                         |                              | ~   |                                                                  | :       |              |      |         |    |  |
|                    | 日曜日・祝日                          | :                                                         |                              | ~   |                                                                  | :       |              |      |         |    |  |
| サービス提供時間           |                                 | :                                                         |                              | ~   |                                                                  | :       |              |      |         |    |  |
| 利用定員               |                                 |                                                           |                              | 人   |                                                                  |         |              |      |         |    |  |
| 添付書類               |                                 | 別添のとおり                                                    |                              |     |                                                                  |         |              |      |         |    |  |

※共生型サービスありの場合は従業者の員数欄記入不要

① 事業所名称

- ・ 名称中の空白に注意してください。記載どおり台帳登録しますので、正確に記入してください。

例：「通所介護事業所あいち」とするのか「通所介護事業所 あいち」とするのか。（後者は、空白あり）

- ・ 類似の名称がある場合、何かとトラブルが起きることが想定されますから、調査確認の上、事業所名称を決めてください。
- ・ 他の介護サービス事業やその他の医療系サービス事業と混同するような名称は（「はり・灸・マッサージデイセンター」、「通所リハビリ○○」など）付さないようにしてください。

② 管理者

- ・ 管理者については、資格要件はありませんが、「常勤であり、かつ、原則として専ら当該事業所の管理業務に従事」しなくてはなりません。
- ・ 次の場合であって、当該事業所の管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができます。

ア 当該指定通所介護事業所の他の職務に従事する場合

イ 同一の事業者によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合であって、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者として職務に従事する時間帯も当該事業所利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適切に把握でき、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令に支障が生じない時に、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合

次のような場合は、管理業務に支障があるとされ、兼務できません。

ア 管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合

イ 併設される入所施設において入所者に対しサービス提供を行う看護・介護職員と兼務する場合

ウ 事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに当該事業所又は利用者へのサービス提供の現場に駆け付けることができない体制となっている場合

- ・ 事業所で他の職務を兼務する場合にあつては、その職務名  
⇒通所介護事業所で他の職種と兼務する場合に記入
- ・ 同一法人の他の事業所、施設の職務と兼務する場合にあつては、その事業所等の名称、兼務する職務名及び勤務時間  
⇒同一法人で他の事業所の職務と兼務する場合に記入する

③ 1日当たりの実施単位数及び単位ごとの利用定員

1日当たりの単位数及び定員を記入してください。

④ 単位ごとの従業者の員数【共生型不要】

- ・ 単位ごとの従業者の員数を記入してください。
- ・ 管理者と兼務する従業者は、常勤・兼務として記入します。

- ・ 後述の「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表（参考様式1—4）」の人数と一致すること。
- ・ 管理者との兼務は可能ですが、勤務日においては、管理業務を半日以上することとしています。

例：管理者が月曜日から金曜日まで勤務するとして、

- 月曜日から金曜日の各日とも管理者として4時間、生活相談員として4時間勤務する場合
- × 月曜日から木曜日まで管理者として勤務し、金曜日は生活相談員として勤務する場合

### （3）商業登記事項証明書

- ・ 記情報提供サービス（<https://www1.touki.or.jp/>）により取得した照会番号が記載されている資料を添付してください。なお、登記情報提供サービスを利用できない場合については、商業登記、法人登記の登記事項証明書を法務局で入手して添付してください。
- ・ 3か月以内に発行された原本を添付してください。
- ・ 原則として、介護保険の通所介護事業を法人の事業として明確に位置付けていることを確認するため、目的として「介護保険法に基づく通所介護事業」「介護保険法に基づく居宅サービス事業」などの規定がなされていることが必要です。
- ・ 登記申請中で月末までに、商業登記事項証明書が提出できない場合は、補正依頼申立書と法務局の受領印が押してある登記申請書類を提出してください。
- ・ 共生型通所介護の場合は、直近のものでなくても可とします。また、原本でなく、写しの提出で可とします。



① 年月

- ・ 指定予定月を記入します。指定は、申請書を受理した月の翌々月の1日です。  
例：令和7年3月中の申請 → 令和7年5月とします。

② サービス種類

- ・ 申請するサービス種類を記入します。

③ 常勤職員の勤務時間

- ・ 就業規則で常勤職員が1週間で勤務すべき時間数を記載してください。（労働基準法上の上限は、1日8時間、1週40時間とされています。（労働基準法の適用のない使用者の立場の方であっても同様に扱います。））
- ・ 1週32時間以下の場合については、常勤職員の勤務すべき時間は、1週32時間としてください。

④ 職種

- ・ 「管理者」「生活相談員」「介護職員」「看護職員」「機能訓練指導員」の順に記入してください。
- ・ 管理者が他の職種を兼務する場合は、該当職員のところにも記入してください。

⑤ 勤務形態

- ・ 勤務形態の区分（A，B，C，D）は、常勤か非常勤か、専従か兼務かによって区別されています。

| 区分  | 専従 | 兼務 |
|-----|----|----|
| 常勤  | A  | B  |
| 非常勤 | C  | D  |

- ・ 介護保険事業所上の常勤、非常勤、専従及び兼務の意味は次のとおりです。

|     |                                                                                           |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 常勤  | 正規職員、パート、派遣など雇用形態にかかわらず、「常勤職員の勤務時間数」を勤務する場合はすべて常勤です。                                      |
| 非常勤 | この事業所における勤務時間が、「常勤職員の勤務時間数」に満たない場合は、非常勤です。正規職員であっても同一法人の同一敷地内にはない他の事業所を兼務している場合などは、非常勤です。 |
| 専従  | 当該事業所の他の職種に従事せず、同一敷地内の同一法人が経営する他の事業所の職務に従事していない場合です。                                      |
| 兼務  | 当該事業所の他の職種又は同一敷地内の同一法人が経営する他の事業所の職務に従事している場合です。                                           |

- ・ 管理者は、常勤でなくてはなりません。管理者の場合は、支障がない場合は「常勤・兼務（B）」も認められます。

⑥ 氏名

- ・ 資格証と不一致がないようにしてください。改姓され、現在資格証の書き換え手続き中である場合は、公的機関が発行する書類により改姓したことを示す必要があります。具体的には、戸籍抄本、免許証の裏書き、年金手帳などのコピーを提出してください。

⑦ 連携病院等の看護職員

- ・ 病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により看護職員を確保する場合、当該看護職員の勤務体制を記載してください。

⑧ 4週の合計・週平均の勤務時間

- ・ 「4週の合計」は、1日から28日までの時間数を合計した数字を記入してください。
- ・ ただし、「平均の勤務時間」は、祝日や年末年始の特別休業がなかったものとして、通常の週の平均勤務時間を記入してください。

例：1日8時間の常勤職員

→ 年末年始休業もあり4週の合計が128時間であったとしても、週平均勤務時間は、40時間とする。

⑨ 兼務先及び兼務する職種

- ・ 同一事業所の他の職種に従事するか、同一敷地内で同一法人が行う事業に従事している場合、兼務先と兼務する職種、従事時間（例：1日4時間、週20時間）を記入します。

（5）平面図（標準様式3）【共生型不要】

- ・ 事業の運営を行うために必要な広さを有する特定の区画が必要です。
  - 食堂及び機能訓練室（ともに支障のない場合のみ合算可能。合計面積が利用者1人当たり3㎡以上(内法)）
  - 静養室
  - 相談室（遮蔽物の設置等で、プライバシーを確保すること）
  - 事務室
- ・ 他の事業所と同じ事務室を共用しても構いませんが、机などそれぞれの備品がどの事業所にあたるのか明確に区分し、トイレ、相談室など共用する場合はその旨明記してください。
- ・ サービス提供に必要な設備・備品（洗面所・トイレ・書庫など）も記載します。
- ・ 次の「主要な場所の写真」にて確認するため、平面図に写真の番号と撮影した方向を記入してください。

（6）設備・備品等一覧表（標準様式4）【共生型不要】

- ・ 基準上必要とされている設備について、事業を実施するにあたり必要な備品等を記載してください。

## (7) 運営規程

- ・ 運営規程には、次の内容を記載する必要があります。

|    |                        |                   |
|----|------------------------|-------------------|
| 1  | 事業の目的及び運営の方針           |                   |
| 2  | 従業者の職種、員数及び職務の内容       | 単位ごとに記載すること       |
| 3  | 営業日及び営業時間              | 単位ごとに記載すること       |
| 4  | 指定通所介護の利用定員            | 単位ごとに記載すること       |
| 5  | 指定通所介護の内容及び利用料その他の費用の額 |                   |
| 6  | 通常の事業の実施地域             | 客観的にその区域が特定されること。 |
| 7  | サービス利用に当たっての留意事項       |                   |
| 8  | 緊急時等における対応方法           |                   |
| 9  | 非常災害対策                 |                   |
| 10 | 虐待の防止のための措置に関する事項      |                   |
| 11 | その他運営に関する重要事項          |                   |

- ・ 運営規程の例を愛知県高齢福祉課介護保険指導第一グループのホームページ（<https://www.pref.aichi.jp/korei/kaigohoken/application/form/15-65.doc>）に掲載していますので参考にしてください。
- ・ 従業者の職種、員数は、（2）指定に係る記載事項及び（4）従業者の勤務体制及び勤務形態の記載と合致するようにしてください。

## (8) 苦情を処理するための措置の概要（標準様式5）【共生型不要】

- ・ 参考例を愛知県高齢福祉課介護保険指定・指導グループのホームページ（<http://www.pref.aichi.jp/korei/kaigohoken/application/form/sankou/sy06.doc>）に掲載していますので、参考にし記入してください。

## (9) 欠格事由に該当しない旨の誓約書（標準様式6）

- ・ サービスの質の向上と悪質な事業者の排除を目的として、平成18年4月の改正で、指定を行わない場合として、法人の役員等の欠格事由が規定されました。
- ・ また、愛知県暴力団排除条例第2条第3号に規定する暴力団員等が役員にある法人については、指定及び指定の更新を受けることができません。
- ・ この欠格事由に該当する役員等がないことについて、「欠格事由に該当していない旨の誓約書（別紙①居宅サービス用）」を提出します。
- ・ 役員等には、管理者を含みます。

### 役員の範囲

「医療法人」・・・①理事、②監事

「社会福祉法人」・・・①理事、②監事

「特定非営利活動法人」・・・①理事、②監事

「合同会社」（有限責任社員のみで構成）・・・①全社員

「合名会社」（無限責任社員のみで構成）・・・①全社員

「合資会社」（有限責任社員と無限責任社員とで構成）・・・①全社員

「株式会社」・・・①取締役（社外取締役を含む）、②執行役、③監査役（社外監査役）、  
④会計参与

「地方公共団体」・・・①市町村長、②副市町村長

株式会社あいちけん

代表取締役 愛知花子

|   |                    |
|---|--------------------|
| ○ | 別紙①： 居宅サービス事業所向け   |
|   | 別紙②： 介護老人福祉施設向け    |
|   | 別紙③： 介護老人保健施設向け    |
|   | 別紙④： 介護医療院向け       |
|   | 別紙⑤： 介護予防サービス事業所向け |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | 申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 二   | 当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第七十四条第一項の都道府県の条例で定める基準及び同項の都道府県の条例で定める員数を満たしていないとき。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 三   | 申請者が、第七十四条第二項に規定する指定居宅サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な居宅サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 四   | 申請者が、拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 五   | 申請者が、この法律その他の国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 五の二 | 申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 五の三 | 申請者が、社会保険各法又は労働保険の保険料の徴収等に関する法律(昭和四十四年法律第八十四号)の定めるところにより納付義務を負う保険料、負担金又は掛金(地方税法の規定による国民健康保険税を含む。以下この号、第七十八号の二第四項第五号の三、第七十九条第二項第四号の三、第九十四条第三項第五号の三、第九十七条第三項第七号、第九十五号の二第二項第五号の三、第九十五条の十二第二項第五号の三、第九十五条の二十二第二項第四号の三及び第九百三十三条第二項において「保険料等」といふ。)、について、当該申請を受けた日の前日までに、これらの法律の規定に基づき滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正當な理由なく三ヶ月以上の期間にわたり、当該処分を受け入れた日から以降に納期限の到来した保険料等の全て(当該処分を受けた者が、当該処分に係る保険料等の納付義務を負うことを定める法律によって納付義務を負う保険料等に限る。第七十八号の二第四項第五号の三、第七十九条第二項第四号の三、第九十四条第三項第五号の三、第九百七条第三項第七号、第九十五条の二第二項第五号の三、第九十五条の十二第二項第五号の三及び第九百三十五条の二十二第二項第四号の三において同じ。))を引き続き滞納している者であるとき。                                                                                                                                                                                         |
| 六   | 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)(が、第七十七号第一項又は第九百三十五条の三十五第一項の規定により指定(特定施設入居者生活介護に係る指定を除く。))を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員(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ふ。相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であつても可。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以上の支配力を有するものとも認められる者を含む。))の取締役及び第九百三十三条第二項において同じ。)(又はその事業所を管理者する者その他の政令で定める使用人(以下「役員等」といふ。))であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があつた日前六十日以内に当該事業所の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。))であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となつた事実及び当該事業の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事業に関し当該指定居宅サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに限る場合を除く。 |
| 六の二 | 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)(が、第七十七号第一項又は第九百三十五条の三十五第一項の規定により指定(特定施設入居者生活介護に係る指定に限る。))を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があつた日前六十日以内に当該法人の役員等であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があつた日前六十日以内に当該事業所の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。))であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となつた事実及び当該事業の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事業に関し当該指定居宅サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに限る場合を除く。                                                                                                                                                                                         |
| 六の三 | 申請者と密接な関係を有する者(申請者(法人に限る。以下この号において同じ。))の株式の所有その他の申請者を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの(以下この号において「申請者の親会社等」といふ。)、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるものその他、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。以下この章において「申請者」といふが、第七十七号第一項又は第九百三十五条の三十五第一項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となつた事実及び当該事業の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事業に関し当該指定居宅サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに限る場合を除く。                                                                                                     |
| 七   | 申請者が、第七十七号第一項又は第九百三十五条の三十五第一項の規定により指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があつた日から当該処分をする日又は処分しないことと決定する日までの間に第七十五条第二項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 七の二 | 申請者が、第七十六号第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第七十七号第一項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行か否かの決定をすることが見込まれる日)として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場における当該特定の日を用い。))までの間に第七十五号第一項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 八   | 第七号に規定する期間内に第七十五号第二項の規定による事業の廃止の届出があつた場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人(当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。))の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所(当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。))の管理者であつた者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 九   | 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 十   | 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)(が、法人で、その役員等のうちに第四号から第六号まで又は第七号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 十の二 | 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)(が、法人で、その役員等のうちに第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 十一  | 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)(が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第六号まで又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 十二  | 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)(が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

※なお、「一 申請が都道府県の条例で定める者でないとき。」とは以下を指します。

【愛知県条例で定める者】

指定居宅サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例

(平成 24 年 12 月 21 日 愛知県条例第 70 号)

(指定居宅サービス事業者の指定に係る申請者の要件)

第十条 法第七十条第二項第一号(法第七十条の二第四項において準用する場合を含む。次項において同じ。)の条例で定める者は、法人(その役員のうちに暴力団員等があるものを除く。)とする。

2 前項の規定にかかわらず、病院、診療所若しくは薬局により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る指定の申請にあっては、法第七十条第二項第一号の条例で定める者は、次の各号のいずれにも該当しない者とする。

一 暴力団員等

二 法人でその役員のうちに暴力団員等があるもの

(10) 役員名簿（参考様式 2）

- ・ 誓約書の対象となる役員等について一覧表に記してください。
- ・ 役員等の範囲は、当該法人の申請書類を提出する日現在の役員（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ない。）及び管理者です。
- ・ 管理者を忘れずに記載してください。なお、役員が管理者となる場合の役職名は実態に合わせ「取締役兼管理者」等と記してください。

参考様式 2

役 員 名 簿 ( 1 枚中の 1 )

| (ふりがな)<br>氏 名      | 生年月日         | 性別 | 役職名   | (郵便番号)<br>住 所           |
|--------------------|--------------|----|-------|-------------------------|
| あいち はなこ<br>愛 知 花 子 | 昭〇〇.<br>〇. 〇 | 女  | 代表取締役 | (〇〇〇-〇〇〇〇)<br>〇〇市〇町〇番〇号 |
| やまだ はなこ<br>山 田 花 子 | 昭〇〇.<br>〇. 〇 | 女  | 取締役   | (〇〇〇-〇〇〇〇)<br>〇〇市〇町〇番〇号 |
| たなか たろう<br>田 中 太 郎 | 昭〇〇.<br>〇. 〇 | 男  | 監 事   | (〇〇〇-〇〇〇〇)<br>〇〇市〇町〇番〇号 |
| たなか はなこ<br>田 中 花 子 | 昭〇〇.<br>〇. 〇 | 女  | 管理者   | (〇〇〇-〇〇〇〇)<br>〇〇市〇町〇番〇号 |
|                    |              |    |       | ( - )                   |

(11) 主要な場所の写真（参考様式 3）【共生型不要】

- ・ 写真は、最新の状況を撮影したものであること。
- ・ 写真は、カラー写真としてください。
- ・ 写真は、①建物全景、②建物玄関（入口）、③事務室（四方から撮影）、④相談室、⑤食堂及び機能訓練室、⑥洗面所、⑦トイレ、⑧静養室、⑨設備・備品（個人情報管理できるキャビネット、パソコン、ファックス、電話など）⑩非常災害設備について、貼付してください。
- ・ 撮影した日付を記入してください。
- ・ 写真説明欄には、(5) 平面図に付した番号（撮影位置を示したもの）と説明を記入してください。

|                                                    |                                                                            |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;">主 要 な 場 所 の 写 真</p> | <p>注) 1、撮影年月日入力<br/>2、撮影位置、写真内容等説明を記入してください<br/>3、工事中、改修中は確認がとれませんので不可</p> |
| Empty space for photos                             | <p>撮影日 令和    年    月    日</p>                                               |
|                                                    | <p>写真説明</p>                                                                |
|                                                    | <p>① 建物外観</p>                                                              |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
| Empty space for photos                             | <p>撮影日 令和    年    月    日</p>                                               |
|                                                    | <p>写真説明</p>                                                                |
|                                                    | <p>② 建物玄関</p>                                                              |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
| Empty space for photos                             | <p>撮影日 令和    年    月    日</p>                                               |
|                                                    | <p>写真説明</p>                                                                |
|                                                    | <p>③ 事務所</p>                                                               |
|                                                    | <p>感染症予防のための</p>                                                           |
|                                                    | <p>手洗い設備</p>                                                               |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |
|                                                    |                                                                            |

(12) 管理者の雇用関係を証する書類及び連携病院等との契約書【共生型不要】

- ・ 雇用関係を証する書類とは、当該の者が、すでに申請者の法人に雇用されている、又は指定日までに雇用することを示す「雇用契約書」「労働条件通知書(雇入通知書)」 「辞令」のいずれかの写し(コピー)です。
- ・ 病院等との連携により看護職員を確保する場合は契約書を添付してください。  
(看護職員を配置する場合及び共生型は不要)
- ・ 契約書において、営業日ごとに、事業所内で、利用者全員に対して適切に健康状態の確認が行えること及び病院等と事業所が提供時間を通じて密接かつ適切な連携を図ることにより、事業所に看護職員が確保されているものとされることが確認できるよう、内容として①連携看護職員の通所介護事業所での従事日(曜日)及び時間②密接かつ適切な連携を図る方法、日(曜日)及び時間③連携看護職員の業務内容④管理者の連携看護職員に対する指揮命令権について盛り込まれている必要があります。
- ・ 連携病院等から受けた連携看護職員の資格証を添付してください。

(13) 資格が必要な職種の資格証・証明書

- ・ 下記の職員については、資格等が必要ですので、その資格等を証する書類をA4サイズにコピーして添付してください。(合格証不可。登録証添付のこと。介護支援専門員にあつては、介護支援専門員証を添付のこと。原本証明不要。)

| 職種      | 資格要件                                                                                                                                                                          |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 生活相談員   | ①社会福祉主事(社会福祉主事任用資格) ②社会福祉士 ③介護福祉士 ④精神保健福祉士 ⑤保育士 ⑥介護支援専門員                                                                                                                      |
| 看護職員    | ①看護師 ②准看護師                                                                                                                                                                    |
| 機能訓練指導員 | ①理学療法士 ②作業療法士 ③言語聴覚士 ④看護職員(看護師又は准看護師) ⑤柔道整復師 ⑥あん摩マッサージ指圧師⑦はり師⑧きゅう師(はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。) |

- ・ 改姓され、現在資格証の書き換え手続き中である場合は、公的機関が発行する書類により改姓したことを示す必要があります。具体的には、戸籍抄本、免許証の裏書き、年金手帳などのコピーを提出してください。

## (14) 介護給付費算定に係る届出書

(別紙2)

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

令和 〇 年 〇 月

愛知県 知事 殿

所在地

愛知県〇〇市〇町〇番〇号

名 称

株式会社あいちけん

① 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<br>名 称                           | カブシキガイシャアイチケン<br>株式会社あいちけん                            |              |                                                                                        |                                                                                                   |              |               |                  |
|                    | 主たる事務所の所在地                            | (郵便番号 〇〇〇 — 〇〇〇〇 )<br>愛知 県 〇〇 群市 〇町〇番〇号 ②<br>(ビルの名称等) |              |                                                                                        |                                                                                                   |              |               |                  |
|                    | 連絡先                                   | 電話番号                                                  | 000-000-0000 |                                                                                        | FAX番号                                                                                             | 000-000-0000 |               |                  |
|                    | 法人の種別                                 | 株式会社                                                  |              | 法人所轄庁                                                                                  |                                                                                                   |              |               |                  |
| 事業所・施設<br>の状況      | 代表者の職・氏名                              | 職名                                                    | 代表取締役        |                                                                                        | 氏名                                                                                                | 愛知 花子        |               |                  |
|                    | 代表者の住所                                | (郵便番号 〇〇〇 — 〇〇〇〇 )<br>愛知 県 〇〇 群市 〇町〇番〇号 ③             |              |                                                                                        |                                                                                                   |              |               |                  |
|                    | フリガナ<br>事業所・施設の名称                     | アイチマルマルツウショカイゴジギョウシヨ<br>あいち〇〇通所介護事業所                  |              |                                                                                        |                                                                                                   |              |               |                  |
|                    | 主たる事業所・施設の所在地                         | (郵便番号 〇〇〇 — 〇〇〇〇 )<br>愛知 県 〇〇 群市 〇町〇番〇号 ④             |              |                                                                                        |                                                                                                   |              |               |                  |
| 届出を行う事業所・施設の<br>種類 | 連絡先                                   | 電話番号                                                  | 000-000-0000 |                                                                                        | FAX番号                                                                                             | 000-000-0000 |               |                  |
|                    | 主たる事業所の所在地以外の場所で<br>一部実施する場合の出張所等の所在地 | (郵便番号 — )<br>県 群市                                     |              |                                                                                        |                                                                                                   |              |               |                  |
|                    | 連絡先                                   | 電話番号                                                  |              |                                                                                        | FAX番号                                                                                             |              |               |                  |
|                    | 管理者の氏名                                | 田中 花子                                                 |              |                                                                                        |                                                                                                   |              |               |                  |
|                    | 管理者の住所                                | (郵便番号 〇〇〇 — 〇〇〇〇 )<br>愛知 県 〇〇 群市 〇町〇番〇号 ④             |              |                                                                                        |                                                                                                   |              |               |                  |
|                    | 指定居宅サービス                              | 同一所在地において行う<br>事業等の種類                                 | 実施<br>事業     | 指定(許可)<br>年月日                                                                          | 異動等の区分                                                                                            |              | 異動(予定)<br>年月日 | 異動項目<br>(※変更の場合) |
|                    |                                       | 訪問介護                                                  |              |                                                                                        | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了            |              |               |                  |
|                    |                                       | 訪問入浴介護                                                |              |                                                                                        | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了            |              |               |                  |
|                    |                                       | 訪問看護                                                  |              |                                                                                        | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了            |              |               |                  |
|                    |                                       | 訪問リハビリテーション                                           |              |                                                                                        | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了            |              |               |                  |
|                    |                                       | 居宅療養管理指導                                              |              |                                                                                        | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了            |              |               |                  |
|                    |                                       | 通所介護                                                  | ○            |                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | 令和〇年〇月〇日     |               |                  |
|                    |                                       | 通所リハビリテーション                                           |              |                                                                                        | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了            |              |               |                  |
|                    |                                       | 短期入所生活介護                                              |              |                                                                                        | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了            |              |               |                  |
|                    |                                       | 短期入所療養介護                                              |              |                                                                                        | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了            |              |               |                  |
|                    |                                       | 特定施設入居者生活介護                                           |              |                                                                                        | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了            |              |               |                  |
| 福祉用具貸与             |                                       |                                                       |              | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                                   |              |               |                  |
| 介護予防訪問入浴介護         |                                       |                                                       |              | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                                   |              |               |                  |
| 介護予防訪問看護           |                                       |                                                       |              | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                                   |              |               |                  |
| 介護予防訪問リハビリテーション    |                                       |                                                       |              | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                                   |              |               |                  |
| 施設                 | 介護予防居宅療養管理指導                          |                                                       |              | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                                   |              |               |                  |
|                    | 介護予防通所リハビリテーション                       |                                                       |              | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                                   |              |               |                  |
|                    | 介護予防短期入所生活介護                          |                                                       |              | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                                   |              |               |                  |
|                    | 介護予防短期入所療養介護                          |                                                       |              | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                                   |              |               |                  |
| 施設                 | 介護予防特定施設入居者生活介護                       |                                                       |              | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                                   |              |               |                  |
|                    | 介護予防福祉用具貸与                            |                                                       |              | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                                   |              |               |                  |
|                    | 介護老人福祉施設                              |                                                       |              | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                                   |              |               |                  |
|                    | 介護老人保健施設                              |                                                       |              | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                                   |              |               |                  |
| 特記事項               | 介護保険事業所番号                             | 2 3                                                   |              |                                                                                        |                                                                                                   |              |               |                  |
|                    | 医療機関コード等                              |                                                       |              |                                                                                        |                                                                                                   |              |               |                  |
| 関係書類               | 変更前                                   | 変更後                                                   |              |                                                                                        |                                                                                                   |              |               |                  |
|                    | 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「○」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・施設について該当する数字の横の口を■にしてください。

6 「異動項目」欄には、(別紙1、1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)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。

- ・ 注意事項は、指定申請書の記入要領と同様です。
- ・ 郵便番号、電話番号など誤りがないようよく確認して記入してください。

- ・ 「法人の種別」が株式会社、有限会社、合同会社等の場合は空欄とし、社会福祉法人、医療法人、特定非営利活動法人などは、所管する（認可等を受けた）官庁を記入します。

- ・ 指定申請書類等と記載内容に違いがないよう確認してください。

- 申請書類を提出する日の属する月の翌々月の1日として記入してください。  
例：令和7年3月中に受理の見込み → 令和7年5月1日

(別紙1-1)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援）

| 事業番号    |                                                                                                                       |        |                                        |                                 |                                 |                                 |                                |                                |                                |                                |                                |                               |                               |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 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                            |                                 |                                 |                                 |                                |                                | LIFEへの登録                       | 割引                             |                                |                               |                               |
| 各サービス共通 |                                                                                                                       |        | 地域区分                                   | <input type="checkbox"/> 1 1級地  | <input type="checkbox"/> 6 2級地  | <input type="checkbox"/> 7 3級地  | <input type="checkbox"/> 2 4級地 | <input type="checkbox"/> 3 5級地 | <input type="checkbox"/> 4 6級地 | <input type="checkbox"/> 9 7級地 | <input type="checkbox"/> 5 その他 |                               |                               |
|         |                                                                                                                       |        | 職員の数員による減算の状況                          | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 看護職員 | <input type="checkbox"/> 3 介護職員 |                                |                                |                                |                                |                                |                               | <input type="checkbox"/> 1 なし |
| 15 通所介護 | <input type="checkbox"/> 4 通常規模型事業所<br><input type="checkbox"/> 6 大規模型事業所（Ⅰ）<br><input type="checkbox"/> 7 大規模型事業所（Ⅱ） |        | 高齢者虐待防止措置実施の有無                         | <input type="checkbox"/> 1 減算型  | <input type="checkbox"/> 2 基準型  |                                 |                                |                                |                                |                                |                                | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |
|         |                                                                                                                       |        | 業務継続計画策定の有無                            | <input type="checkbox"/> 1 減算型  | <input type="checkbox"/> 2 基準型  |                                 |                                |                                |                                |                                |                                |                               |                               |
|         |                                                                                                                       |        | 感染拡大は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応 | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                 |                                |                                |                                |                                |                                |                               |                               |
|         |                                                                                                                       |        | 時間延長サービス体制                             | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可  |                                 |                                |                                |                                |                                |                                |                               |                               |
|         |                                                                                                                       |        | 共生型サービスの提供（生活介護事業所）                    | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                 |                                |                                |                                |                                |                                |                               |                               |
|         |                                                                                                                       |        | 共生型サービスの提供（自立訓練事業所）                    | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                 |                                |                                |                                |                                |                                |                               |                               |
|         |                                                                                                                       |        | 共生型サービスの提供（児童発達支援事業所）                  | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                 |                                |                                |                                |                                |                                |                               |                               |
|         |                                                                                                                       |        | 共生型サービスの提供（放課後等デイサービス事業所）              | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                 |                                |                                |                                |                                |                                |                               |                               |
|         |                                                                                                                       |        | 生活相談員配置等加算                             | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                 |                                |                                |                                |                                |                                |                               |                               |
|         |                                                                                                                       |        | 入浴介助加算                                 | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ  | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ  |                                |                                |                                |                                |                                |                               |                               |
|         |                                                                                                                       |        | 中重度者ケア体制加算                             | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                 |                                |                                |                                |                                |                                |                               |                               |
|         |                                                                                                                       |        | 生活機能向上連携加算                             | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ  | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ  |                                |                                |                                |                                |                                |                               |                               |
|         |                                                                                                                       |        | 居宅機能訓練加算                               | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰイ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰロ |                                |                                |                                |                                |                                |                               |                               |
|         |                                                                                                                       |        | A/L維持等加算（申出）の有無                        | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                 |                                |                                |                                |                                |                                |                               |                               |
|         |                                                                                                                       |        | 認知症加算                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                 |                                |                                |                                |                                |                                |                               |                               |
|         |                                                                                                                       |        | 若年性認知症利用者受入加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                 |                                |                                |                                |                                |                                |                               |                               |
|         |                                                                                                                       |        | 実習アセスメント、実習改善体制                        | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                 |                                |                                |                                |                                |                                |                               |                               |
|         |                                                                                                                       |        | 口腔機能向上加算                               | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                 |                                |                                |                                |                                |                                |                               |                               |
|         |                                                                                                                       |        | 科学的介護推進体制加算                            | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                 |                                |                                |                                |                                |                                |                               |                               |
|         |                                                                                                                       |        | サービス提供体制強化加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ  | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ  | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ |                                |                                |                                |                                |                               |                               |
|         |                                                                                                                       |        | 介護職員業務改善加算                             | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰ  | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱ  | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ | <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                |                                |                                |                               |                               |

① 新規の場合は記入不要

## ② 地域区分

事業所の所在する市町村名から選択してください。

|    | 市町村名 | 令和6年度から<br>令和8年度まで |    | 市町村名  | 令和6年度から<br>令和8年度まで |    | 市町村名 | 令和6年度から<br>令和8年度まで |
|----|------|--------------------|----|-------|--------------------|----|------|--------------------|
| 1  | 名古屋市 | 3級地 (15%)          | 19 | 小牧市   | 7級地 (3%)           | 37 | あま市  | 6級地 (6%)           |
| 2  | 豊橋市  | 7級地 (3%)           | 20 | 稲沢市   | 6級地 (6%)           | 38 | 長久手市 | 6級地 (6%)           |
| 3  | 岡崎市  | 6級地 (6%)           | 21 | 新城市   | 7級地 (3%)           | 39 | 東郷町  | 6級地 (6%)           |
| 4  | 一宮市  | 6級地 (6%)           | 22 | 東海市   | 7級地 (3%)           | 40 | 豊山町  | 6級地 (6%)           |
| 5  | 瀬戸市  | 6級地 (6%)           | 23 | 大府市   | 7級地 (3%)           | 41 | 大口町  | 7級地 (3%)           |
| 6  | 半田市  | 7級地 (3%)           | 24 | 知多市   | 7級地 (3%)           | 42 | 扶桑町  | 7級地 (3%)           |
| 7  | 春日井市 | 6級地 (6%)           | 25 | 知立市   | 5級地 (10%)          | 43 | 大治町  | 6級地 (6%)           |
| 8  | 豊川市  | 7級地 (3%)           | 26 | 尾張旭市  | 6級地 (6%)           | 44 | 蟹江町  | 6級地 (6%)           |
| 9  | 津島市  | 6級地 (6%)           | 27 | 高浜市   | 7級地 (3%)           | 45 | 飛島村  | 6級地 (6%)           |
| 10 | 碧南市  | 6級地 (6%)           | 28 | 岩倉市   | 6級地 (6%)           | 46 | 阿久比町 | 7級地 (3%)           |
| 11 | 刈谷市  | 3級地 (15%)          | 29 | 豊明市   | 5級地 (10%)          | 47 | 東浦町  | 7級地 (3%)           |
| 12 | 豊田市  | 3級地 (15%)          | 30 | 日進市   | 6級地 (6%)           | 48 | 南知多町 | その他 (0%)           |
| 13 | 安城市  | 6級地 (6%)           | 31 | 田原市   | 7級地 (3%)           | 49 | 美浜町  | その他 (0%)           |
| 14 | 西尾市  | 6級地 (6%)           | 32 | 愛西市   | 6級地 (6%)           | 50 | 武豊町  | 7級地 (3%)           |
| 15 | 蒲郡市  | 7級地 (3%)           | 33 | 清須市   | 6級地 (6%)           | 51 | 幸田町  | 7級地 (3%)           |
| 16 | 犬山市  | 6級地 (6%)           | 34 | 北名古屋市 | 6級地 (6%)           | 52 | 設楽町  | 7級地 (3%)           |
| 17 | 常滑市  | 7級地 (3%)           | 35 | 弥富市   | 6級地 (6%)           | 53 | 東栄町  | 7級地 (3%)           |
| 18 | 江南市  | 6級地 (6%)           | 36 | みよし市  | 5級地 (10%)          | 54 | 豊根村  | 7級地 (3%)           |

## ③ 施設等の区分欄

- ・ 通所介護の算定区分確認表（別添5－4）により事業所の規模を算出し、4 通常規模型事業所 6 大規模型事業所Ⅰ 7 大規模型事業所Ⅱ いずれかの□を■にします。

（別添5－4）

### 通所介護の算定区分確認表【新規事業者用】

（通常規模・大規模Ⅰ・大規模Ⅱ）

以下により計算すること。（青色の欄に数字を入力する。）

利用定員の90%に、予定される1月当たりの営業日数を乗じて算定する。

#### 【注意事項】

- 予定される1月当たりの営業日数は、指定日から1年間の営業予定日数を12で割って算定すること。
- 介護予防又は第一号通所事業のみを別単位で実施している事業所は、当単位の定員数は含めないこと。
- 第一号通所事業とは、介護予防・日常生活支援総合事業の通所型サービスを指すが、緩和した基準によるサービスは含めないこと。

| 提供時間帯                                      | 利用定員 | 90% | 区分補正 | 平均利用延人員数(☆) | <b>（☆）算定区分</b><br>（小数点以下切上げ）<br><b>750以下：通常規模</b><br><b>751～900：大規模Ⅰ</b><br><b>901以上：大規模Ⅱ</b> |
|--------------------------------------------|------|-----|------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3時間以上5時間未満<br>（2時間～3時間を含む）<br>（区分補正 × 1/2） |      | 0   | 0    | 0           |                                                                                               |
| 5時間以上7時間未満<br>（区分補正 × 3/4）                 |      | 0   | 0    |             |                                                                                               |
| 7時間以上9時間未満                                 |      | 0   | 0    |             |                                                                                               |
| 予定される<br>1月当たりの営業日数                        |      |     |      |             |                                                                                               |
| 毎日営業であれば1を入力<br>（毎日営業補正 × 6/7）             |      |     |      |             |                                                                                               |

**【共通】**

- ☐ 算定区分（通常規模・大規模Ⅰ・大規模Ⅱ）別添５－４により確認
- ☐ 高齢者虐待防止措置実施の有無
- ☐ 業務継続計画策定の有無
- ☐ 介護職員処遇改善加算（有→別紙様式２）

**【共生型通所介護】**

- ☐ 共生型サービスの提供
  - 「生活介護」「自立訓練（機能訓練・生活訓練）」「児童発達支援」
  - 「放課後等デイサービス」

**(16) 指定通所介護等における宿泊サービスの実施に関する開始・変更・廃止・再開届出書（別紙様式）**

- ・ 事業所と同一敷地内で宿泊サービスを行う場合、届け出が必要となります。
- ・ 愛知県における「指定通所介護事業所等で提供する宿泊サービス事業の指針」に適合していることが、実施する要件となります。
- ・ （５）平面図（標準様式３）に宿泊サービス実施場所を記載してください。
- ・ （11）主要な場所の写真（参考様式３）に宿泊サービス実施場所の写真が必要です。

**(17) 証紙貼付書（様式第３３）**

- ・ キャッシュレス決済により支払う場合は不要です。キャッシュレス決済については、「あいち電子申請・届出システム」(<https://ttzk.graffer.jp/pref-aichi>)により手続きを行ってください。
- ・ 30,000円分の愛知県証紙を添付してください。（消印等はしないでください。）

**(18) 児童福祉法又は障害者総合支援法に基づく指定通知書の写し【共生型通所介護のみ】**

- ・ 「生活介護」「自立訓練（機能訓練・生活訓練）」「児童発達支援」「放課後等デイサービス」の指定通知書の写し。（更新をしている事業所については、併せて指定更新通知書の写しも添付してください。）