

記載方法と添付書類

- ・添付書類はA4サイズのものをご用意ください。
(建物の全体図等、縮小が難しいものを除く)
- ・各書類の記入例もあわせてご覧ください

番号	添付書類	説明
申請書	指定申請書(第1号様式)	<ul style="list-style-type: none"> ・申請者は法人です。法人印(代表者印)は、法人の印鑑登録されたものを押印してください。 ・申請者欄の記載(名称、所在地、法人種別、代表者職種、代表者、代表者住所等)は、定款、寄付行為、登記内容及び条例等と一致します。 ・法人の種別(営利法人・社会福祉法人・医療法人・社団法人・NPO法人・宗教法人等)を記入してください。 ・事業所の名称、所在地は、付表1、運営規程等と一致します。 ・申請事業の種類、開始予定年月日を記入してください。 ・同一敷地内に別の指定事業所がある場合は、その指定年月日を記入してください。
	訪問介護・介護予防訪問介護事業所の指定に係る記載事項(付表1)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者欄の内容は、管理者経歴書と一致します。 ・従業者欄は、従業者の勤務形態一覧表と一致します(訪問介護員等にはサービス提供責任者も含まれます)。 ・主な掲示事項欄の内容は、運営規程と一致します。
	サービス提供責任者一覧(付表1別紙)	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供責任者が3名以上の場合はご提出ください。
1	申請者(開設者)の定款(寄付行為)等及び登記簿謄本又は条例等	<ul style="list-style-type: none"> ・申請する事業を実施する旨の記載のある定款(寄付行為)等の写し ・登記簿謄本(発行3ヶ月以内のもの) 原本もしくはコピーでも可 ・条例にあっては公報の写し
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1) 更新の場合は当月もしくは直近のものを添付してください。	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者及び従業者全員について、毎日の勤務時間数(4週間分)を記載してください。 ・職種は管理者、サービス提供責任者、訪問介護員 ・就業規則(労働時間、休日等が分かるもの)を添付してください。なお、従事者が10人未満のため作成していない場合は、別紙「常勤職員の勤務時間に関する調べ」を添付してください。 ・常勤換算 常勤換算は管理者・事務員の勤務時間数は除き、訪問介護員等(サービス提供責任者を含む。)としての勤務延べ時間数により換算してください。 ・月間延べサービス提供時間 サービス提供責任者数を「月間の延べサービス提供時間(事業所における待機時間や移動時間を除く)が概ね450時間又はその端数を増すごとに1人以上」の基準を用いて算出した場合のみ記載してください。 ・組織体制図 管理者や従事者が他の事業の管理者等を兼ねる場合は、全体の概要が分かるようにしてください。 ・資格証 介護福祉士は介護福祉士登録証、訪問介護員養成研修(1級、2級)、介護職員基礎研修は終了証等の写しを、氏名を記載した順に揃えて添付してください。 資格証等写しの裏面に、「月1日(指定予定日)より 事業所(当該事業所名)に として勤務予定である」旨の本人自筆の誓約、住所、氏名、電話番号の記入、捺印をお願いします。 (資格証の写しに雇用契約書の写しを添付することでも可) ・その他の注意事項は「参考様式1 従事者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のとおり

番号	添付書類	説明
3	管理者の経歴書（参考様式3）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職務に関する経歴等を記載してください。
4	サービス提供責任者の経歴に係る書類（参考様式4）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護福祉士、介護職員基礎研修修了者及び訪問介護員養成研修1級修了者については、資格証の提出をもって「経歴」とみなします。 ・ 訪問介護員養成研修2級修了証の場合、3年以上の介護の実務経験が分かる書類（参考様式2 サービス提供責任者経歴書）を添付してください。
5	事業所の平面図（参考様式5）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所の平面図（用途・机や備品等の配置を明示したもの） ・ 事務室（東京都で指定をする際には、当該事業所用の事務机1以上と、個人情報保護のための鍵付書庫等の配置を確認しています） ・ 相談のためのスペース（東京都で指定をする際には、専用の個室になっているか、四方がパーティション等で区切られており、利用者のプライバシーが保たれること、相談できるような設備が整えられていることを確認しています） ・ 自宅と併設する場合（東京都で指定する際には、事業所専用の出入り口が設けられていることを確認しています）及び他事業所と併設する場合は、全体がわかる図面を添付し、申請している事業所の位置を示してください。 ・ 次のカラー写真をA4の台紙等に貼り付けてください。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 建物外観 ・ 事業所入り口 ・ 事務室（事務机、鍵付書庫） ・ 手指洗浄場所 ・ 相談室（相談室が個室または仕切りで仕切られていることがわかる写真、相談室内部の写真）
6	運営規程（両面印刷可）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 次の内容について、具体的に分かりやすく定めてください。 <ol style="list-style-type: none"> 1 事業の目的及び運営の方針 2 従業者の職種、員数及び職務内容（常勤・非常勤の別） 3 営業日及び営業時間 <ul style="list-style-type: none"> * 申込みを受け付ける日・時間を記載してください。 また、年間の休日も記載してください。 4 指定訪問介護の提供方法、内容（身体介護、生活援助等のサービスの内容等）及び利用料その他の費用の額 <ul style="list-style-type: none"> * 利用料その他の費用の額については、料金表を添付するなど具体的に定めてください。 5 通常の事業の実施地域 <ul style="list-style-type: none"> * 訪問に際し、通常の実施地域に係る交通費は介護報酬に含まれています。（交通費を徴収せずに行かれる範囲としてください。なお、通常の実施地域以外の場合は、交通費の支払いを利用者から受けることができます） 6 相談・苦情対応 7 事故処理 8 緊急時等における対応方法 9 その他運営に関する重要事項
7	利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要（参考様式6）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 次の事項について、具体的に分かりやすく記載してください。 <ol style="list-style-type: none"> 1 利用者等からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口・担当者の設置（担当者名や連絡先、受付時間） 2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 3 その他参考事項

番号	添付書類	説明
8	当該申請に係る資産の状況 (参考様式7) (参考様式8) 更新の場合は当該年度もしくは前年度のものを添付してください。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 資産の目録 法人決算時に作成している決算書(貸借対照表、損益計算書等)、財産目録等 決算期を迎えていない法人は、法人名義の預金通帳の名義部分と直近残高部分の写しを提出してください。 ・ 当該年度の事業計画書・収支予算書 <ol style="list-style-type: none"> 1 当該事業所の居宅介護支援事業に関する事業計画事業の内容(提供するサービスの具体的実施内容)事業開始予定、従事者数、利用対象予定数 2 当該事業所の居宅介護支援事業に関する収支予算 ・ 損害賠償発生時に対応が可能であることが分かる書類(利用者に対する損害賠償責任保険証書の写しなど)
9	役員名簿(参考様式9)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 役員とは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ますが、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められるものを含みます。(必ずしも、登記上の役員と一致するとは限りません)
10	介護保険法第115条第2号各号の規定に該当しない旨の誓約書(参考様式10)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 内容をご確認のうえ、誓約できる場合は、法人名・代表者名を記入し、法人の代表者印を押印してください。
11	介護予防・日常生活支援総合事業費の請求に関する事項(加算届及び別紙1-4)	
12	サービス提供責任者体制の減算に関する届出書(別紙21)(本減算実施の場合のみ必要)	

第1号訪問事業の指定申請に係る添付書類一覧

(この書類も提出してください。)

申請する事業所の名称	
------------	--

	申請書及び添付書類	申請者確認欄	備考
申請書	第1号事業指定申請書(第1号様式)		
	第1号訪問事業の指定に係る記載事項(付表1)		
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等		
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)、 常勤職員の勤務時間に関する調べ(参考様式2)又は就業規則の写し、 組織体制図、資格証の写し、雇用契約書の写し又は誓約文		
3	事業所の管理者の経歴書(参考様式3)		
4	事業所のサービス提供責任者の経歴に係る書類(参考様式4)		
5	事業所の平面図(参考様式5) 外観及び内部の様子がわかる写真		
6	運営規程(料金表含む)		
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要(参考様式6)		
8	当該申請に係る資産の状況 (決算書(貸借対照表、損益計算書)、資産の目録、事業計画書(参考様式7) 収支予算書(参考様式8)、損害保険証書の写し(加入時のみ)等)		
9	役員名簿(参考様式9)		
10	介護保険法第115条の45の5第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書(参考様式10)		
11	介護予防・日常生活支援総合事業費の請求に関する事項(加算届及び別紙1-4)		
12	サービス提供責任者体制の減算に関する届出書(別紙21)(本減算実施の場合のみ必要)		

「申請者確認欄」の該当欄に「○」を付し、添付書類等に漏れがないよう確認してください。

担当者連絡先	
提出いただいた申請書類に記載された内容等について問い合わせをする際の担当者名と連絡先を記入してください。	
事業所名	ホームヘルプ
担当者名	荒川 健太郎
連絡先	(電話) — —
	(FAX) — —

第1号事業指定申請書

年 月 日

荒川区長 殿

所在地 東京都荒川区荒川2-2-3

申請者 名称 株式会社 介護保険

代表者の職・氏名 代表取締役 東京 一 印

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

申請者	フリガナ	カブシキガイシャ カイゴホケン													
	名称	株式会社 介護保険													
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 116-8501) 東京 都 道 荒川 郡 市 荒川2-2-3 府県 区													
	申請者連絡先	電話番号	03-3802-						FAX番号	03-3802-					
	法人の種別	営利法人													
代表者の職・氏名 生年月日	職名	代表取締役					フリガナ	トウキョウ ハジメ			生年月日				
							氏名	東京 一			年 月 日				
代表者の住所	(郵便番号 116-0012) 東京 都 道 荒川 郡 市 東尾久 一 一 ビル 401 府県 区														
指定を受けようとする事業所	フリガナ	ホームヘルプ マルマル													
	名称	ホームヘルプ													
	事業所等の所在地	(郵便番号 116-0002) 東京 都 道 荒川 郡 市 荒川 一 一 府県 区													
	事業所連絡先	電話番号	03-3802-						FAX番号	03-3802-					
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定申請をする事業等事業開始予定年月日	既に指定等を受けている事業等の指定年月日	様式										
第1号事業	第1号訪問事業		平成 年 月 日	平成 年 月 日	付表1										
第1号事業	第1号通所事業			平成 年 月 日	付表2										
介護保険事業者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (当該事業所が既に他のサービスで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)														

- 「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」等の別を記入してください。
- 「実施事業」欄は、今回申請及び既に指定等を受けているものを含めて、「 」を記入してください。

記入例

同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定申請をする事業等事業開始予定年月日	既に指定等を受けている事業等の指定年月日
第1号訪問事業			平成27年4月1日
第1号通所事業		平成28年8月1日	

- 「指定申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記入してください。
- 「既に指定等を受けている事業等の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日(医療介護総合確保推進法附則第13条に基づき指定があったものとみなされたときは、「平成27年4月1日」)を記入してください。
- 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。

付表1-1 第1号訪問事業の指定に係る記載事項

記入例

事業所	フリガナ	ホームヘルプマルマル										
	名称	ホームヘルプ										
	所在地	(郵便番号 116-0002) 東京 <input checked="" type="radio"/> 都道 荒川 郡市 荒川 -- 府県 <input checked="" type="radio"/> 区										
	連絡先	電話番号	03-3802-				FAX番号	03-3802-				
管理者	フリガナ	アラカワ ケンタロウ			住所	(郵便番号 116-0003) 荒川区南千住 -- マンション201						
	氏名	荒川 健太郎										
	生年月日	平成 年 月 日										
	訪問介護員等との兼務の有無	<input checked="" type="radio"/> (有) ・ 無)										
	兼務する同一敷地内の 他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)	事業所等名称										
	兼務する職種 及び勤務時間等											
サービス 提供責任者	フリガナ	ニシヤマ ヤスコ			住所	(郵便番号 116-0014) 荒川区東日暮里 --						
	氏名	西山 恭子										
	フリガナ	カワダ マサコ			住所	(郵便番号 116-0012) 荒川区東尾久 -- ××ハイツ505						
	氏名	川田 雅子										
従業者			訪問介護員等									
			専従	兼務								
	常勤(人)		1	1								
	非常勤(人)		3									
常勤換算後の人数(人)		2.8										
主な 揭示 事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の	年未年始(12/29~1/3)	
			○	○	○	○	○			休日		
	営業時間	平日	9:00~		18:00		土曜		~	日曜・祝日	~	
		備考	サービス提供は24時間365日									
	利用料	法定代理受領分	介護報酬告示上の額の1割又は2割(負担割合証の割合に準ずる)									
		法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額									
その他の費用	別途運営規程に定める											
通常の事業 実施地域	荒川区	台東区									<input checked="" type="checkbox"/>	
添付書類	別添のとおり											

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
2 サービス提供責任者が3名以上の場合は付表1 別紙「サービス提供責任者一覧」を提出してください。
(日本工業規格A列4番)

(付表1 別紙)

サービス提供責任者一覧

氏 名		住所
フリガナ		(郵便番号 -)
氏 名		
フリガナ		(郵便番号 -)
氏 名		
フリガナ		(郵便番号 -)
氏 名		
フリガナ		(郵便番号 -)
氏 名		
フリガナ		(郵便番号 -)
氏 名		
フリガナ		(郵便番号 -)
氏 名		
フリガナ		(郵便番号 -)
氏 名		
フリガナ		(郵便番号 -)
氏 名		
フリガナ		(郵便番号 -)
氏 名		
フリガナ		(郵便番号 -)
氏 名		
フリガナ		(郵便番号 -)
氏 名		
フリガナ		(郵便番号 -)
氏 名		

備考 サービス提供責任者が3名以上の場合は、この様式をお使いください。

付表1 - 2 第1号訪問事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項等

事業所	フリガナ																								
	名称																								
	所在地	(郵便番号 -) 東京都 郡区市 町村																							
	連絡先	電話番号												FAX番号											
従業者		サービス提供責任者				訪問介護員																			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務												
	常勤(人)																								
	非常勤(人)																								
	常勤換算後の人数(人)																								
主な 揭示 事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の															
										休日															
	営業時間	平日	~				土曜日	~				日曜・祝日	~												
		備考																							
	通常の事業																								
	実施地域	備考																							

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
2 「常勤換算後の人数」欄は、小数点第1位までを記入してください。

(参考様式1)

記入例

常勤の従業者が当該月に勤務すべき時間数(合計)

160

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

(年 月分)

職種	勤務形態	資格	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	常勤換算後の人数	兼務先及び兼務する職務内容
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			
管理者	B	基	荒川 健太郎	4	4	4	4	4					4	4	4	4	4					4	4	4	4	4					80		訪問介護員等	
サービス提供責任者	A	介	西山 恭子	8	8	8	8	8					8	8	8	8	8					8	8	8	8	8					160			
	C	実	川田 雅子	4	4	4	4	4					4	4	4	4	4					4	4	4	4	4					80			
訪問介護員等	B	基	荒川 健太郎	4	4	4	4	4					4	4	4	4	4					4	4	4	4	4					80			
	C	初	新宿 四郎	4	4	4	4	4					4	4	4	4	4					4	4	4	4	4					80			
	C	初	文京 五郎				4	4	4					4	4	4					4	4	4			4	4	4			48			

裏面

【記入上の注意事項】

- 1 *欄には、当該月の曜日を記入してください。
- 2 申請する事業に係る従業者全員（管理者を含む。）について、4週間分の勤務時間数を記入してください。
- 3 常勤換算が必要な職種は、4週の合計をすべて足し、当該事業所の常勤の従業者が4週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。
- 4 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
- 5 兼務がある場合は、兼務先及び兼務する職務の内容について、備考欄に記入してください。
- 6 各事業所・施設において使用している勤務割表等（すでに事業を実施しているときは直近月の実績）により、職種、勤務形態、氏名及び当該業務の勤務時間等が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。

勤務延時間数の計算について

- ・従業者1人につき、勤務延時間数に算入できる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数を上限とする。
（例えば、常勤が勤務すべき時間数が4週で160時間の事業所において、法人役員等であって4週で172時間勤務する従業員であっても、160時間で計算すること）
- ・管理者とサービス提供責任者を兼務するような場合にあっては、当該従業員が1日に勤務すべき時間数を、管理業務を行う時間とサービス提供責任者業務を行う時間とに按分し、記入すること。

常勤・非常勤の区分について

- ・当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していることをいう。雇用の形態は考慮しない。
（例えば、常勤者は4週で160時間勤務することとされた事業所であれば、パート雇用であっても、4週160時間勤務する従業者は常勤となる）

サービス提供責任者の配置基準

利用者の数が40人又はその端数を増すごとに1人以上（「利用者の数」については、前三ヶ月の平均値（実績）を用いる。）

常勤換算方法とする事業所については、以下に掲げる員数以上の常勤のサービス提供責任者を配置するものとする。

- a 利用者の数が四〇人超二〇〇人以下の事業所
常勤換算方法としない場合に必要となるサービス提供責任者の員数から一を減じて得られる数以上
 - b 利用者の数が二〇〇人超の事業所
常勤換算方法としない場合に必要となるサービス提供責任者の員数に二を乗じて三で除して得られた数（一の位に切り上げた数）以上
- 従って、具体例を示すと別表一に示す常勤換算方法を採用する事業所で必要となる常勤のサービス提供

別表1
常勤換算方法を採用する事業所で必要となる常勤のサービス提供責任者数

利用者の数	に基づき置かなければならない常勤のサービス提供責任者数	常勤換算方法を採用する事業所で必要となる常勤のサービス提供責任者数
40人以下	1	1
40人超80人以下	2	1
80人超120人以下	3	2
120人超160人以下	4	3
160人超200人以下	5	4
200人超240人以下	6	4
240人超280人以下	7	5
280人超320人以下	8	6
320人超360人以下	9	6
360人超400人以下	10	7

平成27年度の改正で、要件を満たした場合は、利用者の数が50人又はその端数を増すごとに1人以上の配置が可能

(参考様式2)

常勤職員の勤務時間に関する調べ

記入例

(* 就業規則がある場合は、就業規則を提出してください)

例示)

月曜日から金曜日までの勤務が9:00~17:00、休憩時間1時間の1日7時間勤務、土曜日の勤務が9:00~15:00、休憩時間1時間の1日5時間勤務で、休日が日曜・祝日の場合

1日あたりの労働時間 -

勤務日 -	月	~	金	曜日
-------	---	---	---	----

始業時間 -	9	時	00	分
--------	---	---	----	---

終業時間 -	17	時	00	分
--------	----	---	----	---

休憩時間	1	時間
------	---	----

計	7	時間(A)
	5	日勤務(B)

1日あたりの労働時間 -

勤務日			土	曜日
-----	--	--	---	----

始業時間	9	時	00	分
------	---	---	----	---

終業時間	15	時	00	分
------	----	---	----	---

休憩時間	1	時間
------	---	----

計	5	時間(C)
	1	日勤務(D)

休日

土曜日	
日曜日	
()曜日	
祝日	
会社の指定する日	

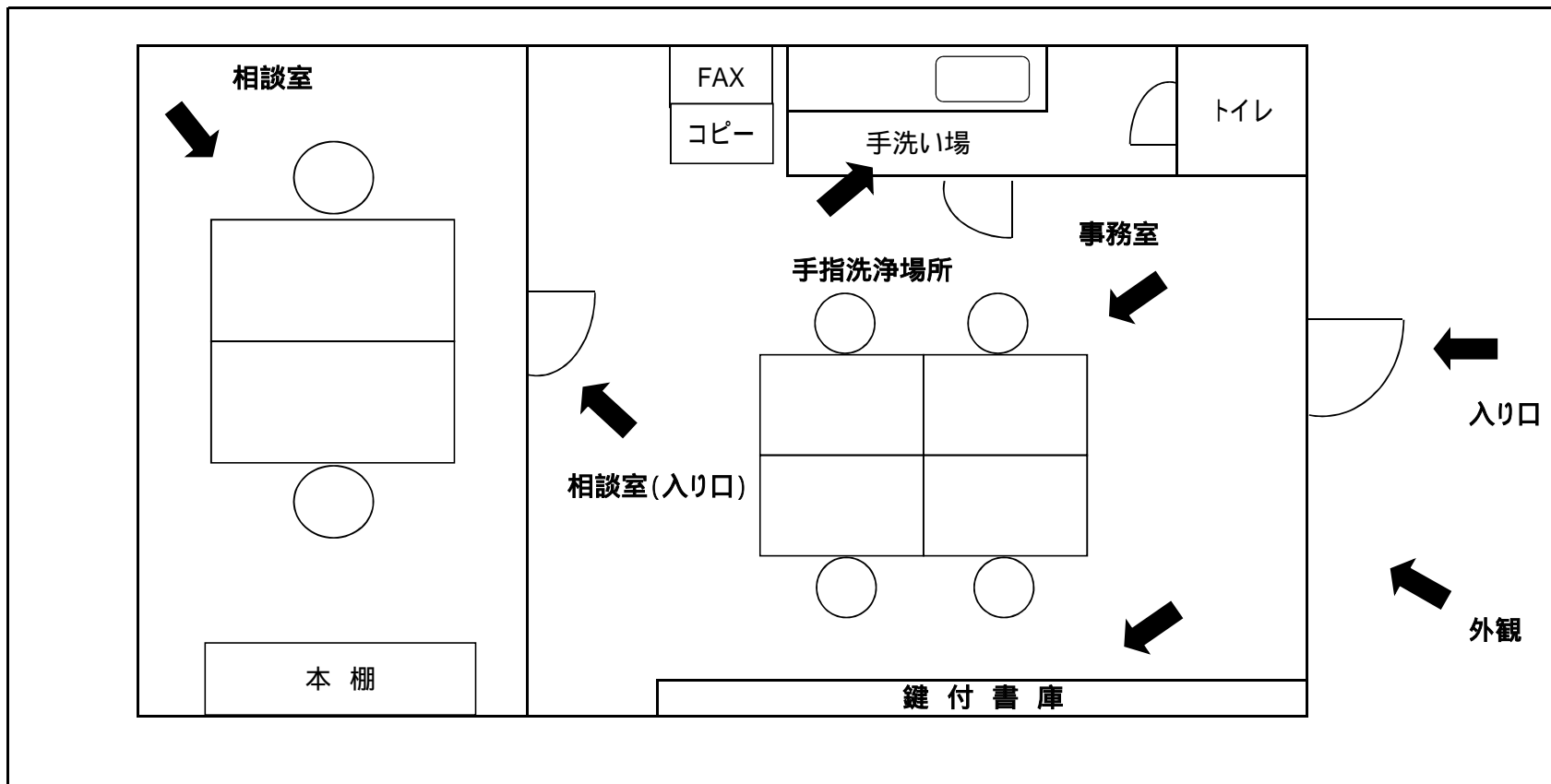
週あたりの労働時間

$$((A) \times (B)) + ((C) \times (D)) = \boxed{40} \text{時間}$$

<備考> 1 業務の都合により、始業・終業時間を繰り上げまたは繰り下げする場合がある。
2 業務の都合により、所定時間を越えて労働を命じることがある。
3 業務の都合により、休日に労働を命じることがある。
上記1から3の労働を命ずる場合は、本人と事前に協議する。

(参考様式5)
事業所の平面図等

事業所又は施設の名称 ホームヘルプ



備考1 各室の用途を記載してください。

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

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

(日本工業規格A列4番)

(参考様式7)

事業計画書(記入例)

1 事業運営の基本方針(基本理念、方針)

- (1) 良質なサービスを提供できるよう、.....する。
- (2) 従事職員の資質の向上を図るため、.....していきます。
- (3)行います。

2 利用者確保の取組み策

サービス実施地域内の.....を訪問するほか、.....等を実施して、利用者を増やしていく。

3 従業員の採用状況

月 日に、採用予定者 人と雇用契約を締結した。
また、残りの 人とは 月 日までに雇用契約を締結する予定である。

4 従業員の研修

事業の開始にあたって、..... 研修を実施する。
また、年 回、定期的に..... 研修を実施していく。

5 損害賠償責任保険加入の有無

損害保険会社と契約を取り交わす予定である。

6 サービス提供計画

早朝、夜間及び深夜サービスも実施する。
また、巡回サービスについては、体制が整い次第実施する予定である。

7 利用者見込み数

毎月の利用者見込みについては、別添の収支計画書のとおりである。

8 資金計画(運転資金)

月までの不足額 円については、 銀行から融資を受ける予定である。

9 既に指定を受けているサービス

訪問介護事業所3ヶ所、福祉用具貸与事業所2ヶ所の指定を受けている。

10 事業運営に必要な書面(契約書等)の準備状況

現在、指定日までに間に合うよう重要事項説明書、契約書、計画書.....など必要書面を準備している。

収支予算書

(参考様式 8)

記入例

(単位：千円)

平成 年		事業開始月												合計	
		月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	
収入見込み	利用者見込数	5 人	10 人	15 人	20 人	25 人	30 人	35 人	40 人	45 人	50 人	55 人	60 人		
	月平均利用額 (1人当たり)	50	50	50	50	55	55	55	55	60	60	60	60		
	介護報酬受入 れ額	0	0	250	500	750	1,000	1,375	1,650	1,925	2,200	2,700	3,000	15,350	
	諸収入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	合計(A)	0	0	250	500	750	1,000	1,375	1,650	1,925	2,200	2,700	3,000	15,350	
支出見込み	人件費	300	300	525	700	962	1,155	1,418	1,610	1,960	2,184	2,394	2,604	16,112	
	旅費、交通費	5	5	10	10	15	15	20	20	25	25	30	30	210	
	事務所賃借費	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	1,080	
	通信費	20	20	20	20	20	20	25	25	25	25	25	25	270	
	諸経費	100	100	50	50	50	50	60	60	60	60	60	60	760	
	合計(B)	515	515	695	870	1,137	1,330	1,613	1,805	2,160	2,384	2,599	2,809	18,432	
利益(A - B)	-515	-515	-445	-370	-387	-330	-238	-155	-235	-184	101	191	-3,082		

事業開始月から1年分、作成してください。

介護報酬は、国保連に請求した月の翌月末に振り込まれます

(例：4月サービス提供分は、5月に請求し、6月末に振り込まれます。)

経費には、消耗品費、光熱水費、車両管理費、研修費、宣伝広告費、租税公課、社会保険料、借入金返済、レンタル料等が見込まれます。

訪問介護・通所介護事業者は、介護保険対象外サービス分を見込める場合は諸収入に入ります。

介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

荒川区長 殿

申請者 所在地 東京都荒川区荒川2-2-3
名称 株式会社 介護保険
代表者の職・氏名 代表取締役 東京 一
印

申請者が下記に該当しないことを誓約します。

記

(介護保険法第115条の45の5第2項)

市長村長は、前項の申請があった場合において、申請者が厚生労働省令で定める基準に従って適正に第1号事業を行うことができないと認められるときは、指定事業者の指定をしてはならない。

(介護保険法施行規則第140条の63の6)

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

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

イ 介護保険法施行規則等の一部を改正する省令(平成二十七年厚生労働省令第四号)附則第二条第三号若しくは第四条第三号の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成十八年厚生労働省令第三十五号。ロにおいて「旧指定介護予防サービス等基準」という。)に規定する旧介護予防訪問介護若しくは旧介護予防通所介護に係る基準の例による基準又は指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成十八年厚生労働省令第三十七号。ロにおいて「指定介護予防支援等基準」という。)に規定する介護予防支援に係る基準の例による基準

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

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

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

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書(加算届)
<指定第1号事業者用>

平成 年 月 日

荒川区長 殿

所在地 荒川区荒川2-2-3
名称 株式会社 介護保険
代表者氏名 代表取締役 東京 一 印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ 名称	カブシキカイシャ カイゴホケン 株式会社 介護保険										
	主たる事務所の所在地	(郵便番116-8502) 東京都荒川区荒川2-2-3 (ビルの名称等)										
	連絡先	電話番号	03-3802-			FAX番号	03-3802-					
	法人である場合その種別	営利法人	法人所轄庁									
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役		氏名							
事業所の状況	代表者の住所	(郵便番号116-0012) 東京都荒川区東尾久 一 一 ビル 401										
	主たる事業所の所在地	(郵便番号116-0002) 東京都荒川区荒川〇-〇-〇 事業所名: ホームヘルプ										
	連絡先	電話番号	03-3802-			FAX番号	03-3802-					
	主たる事業所の所在地以外の場所等一部実施する場合の出張所等の所在地	(郵便番号116) 東京都荒川区										
	連絡先	電話番号				FAX番号						
状況	管理者の氏名	荒川 健太郎										
	管理者の住所	(郵便番116-0003) 東京都荒川区南千住 一 一 マンション201										
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定年月日	異動等の区分			異動(予定)年月日	異動項目(変更の場合)	市町村が定める単位の有無(市町村記載)			
	指定第1号訪問事業		〇年 月 日	1新規	2変更	3終了			1有 2無			
	指定第1号通所事業			1新規	2変更	3終了			1有 2無			
地域密着型サービス事業所番号等												
指定を受けている市町村	荒川区・台東区											
介護保険事業所番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	(指定を受けている場合)	
既に指定等を受けている事業												
医療機関コード等												
特記事項	変更前					変更後						
関係書類	別添のとおり											

指定更新時の場合は「新規」をつけて下さい。

- 備考1 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 2 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 3 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 4 「指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された又は指定される予定年月日(荒川区介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱附則の2に基づき指定があったものとみなされたときは、「27.4.1」)を記載してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字に「○」を記入してください。
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1-4)「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目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合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。

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表（保険者独自サービス）

記入例

事業所番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他	該 当 す る 体 制 等	割 引
A2 訪問型サービス（独自）			サービス提供責任者体制の減算	① なし 2 あり	① なし 2 あり
			特別地域加算	① なし 2 あり	
			中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	① 非該当 2 該当	
			中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）	① 非該当 2 該当	
			介護職員処遇改善加算	1 なし ⑥ 加算 5 加算 2 加算 3 加算 4 加算	
A6 通所型サービス（独自）			職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 看護職員 3 介護職員	1 なし 2 あり
			若年性認知症利用者受入加算	1 なし 2 あり	
			生活機能向上グループ活動加算	1 なし 2 あり	
			運動器機能向上体制	1 なし 2 あり	
			栄養改善体制	1 なし 2 あり	
			口腔機能向上体制	1 なし 2 あり	
			選択的サービス複数実施加算	1 なし 2 あり	
			事業所評価加算〔申出〕の有無	1 なし 2 あり	
			サービス提供体制強化加算	1 なし 4 加算 イ 2 加算 ロ 3 加算	
			介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算 5 加算 2 加算 3 加算 4 加算	

サービス提供責任者体制の減算に関する届出書

1 事業所名	
2 異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了

3 平成27年3月31日時点で、現に配置している介護職員初任者研修修了者のサービス提供責任者	氏名	氏名

4 当該指定第1号訪問事業訪問介護事業所以外の指定第1号訪問事業訪問介護事業所であって、当該指定第1号訪問事業訪問介護事業所に対して指定第1号訪問事業訪問介護の提供に係る支援を行うものとの密接な連携の下に運営される指定第1号訪問事業訪問介護事業所（いわゆる「サテライト事業所」）となること又はなることが計画されている。	有・無		
<table border="1"><tr><td>移行予定年月日</td><td>年 月 日</td></tr></table> <p>(実施予定年月日は平成30年3月31日までのいずれかの日)</p>	移行予定年月日	年 月 日	
移行予定年月日	年 月 日		