

C 指定手続等

〔申請・届出先〕

事業所の所在地		届出先
東部	松江市	松江市役所 福祉総務課 〒690-8540 松江市末次町86 TEL 0852-55-5689 FAX 0852-55-5566
	出雲市 奥出雲町 安来市 飯南町 雲南市 隠岐郡	島根県高齢者福祉課 〒690-8501 松江市殿町1 県庁第二分庁舎1階 TEL 0852-22-5235 FAX 0852-22-5238
西部	浜田市 邑智郡 益田市 鹿足郡 大田市 江津市	島根県地域福祉課石見スタッフ 〒697-0041 浜田市片庭町254 浜田合庁別館3階 TEL 0855-29-5580 FAX 0855-29-5547

※業務管理体制の届出は、別に定めるところによる。

〔様式掲載場所〕

◎所定の様式は、島根県高齢者福祉課ホームページ [介護保険 (事業者の皆様へ)] に掲載
http://www.pref.shimane.lg.jp/medical/fukushi/kourei/kaigo_hoken/

◎松江市については、松江市福祉総務課ホームページをご覧ください

注 意

- ・資格証が旧姓である場合などは、各種提出書類の記載内容と、添付してある「資格証の写し」が一致せず、定められた資格要件に合致しているか確認できませんので、各資格で定められた氏名等の変更手続きを適正に行ってください。
- ・訪問介護員研修修了証など、氏名等の変更手続きがないものについては、申請者(事業者)で、「資格者の写し」の書面に、その旨の奥書証明を行い、提出してください。

(記載例) □□□□は平成△年△月△日に■ ■□□に改姓
 平成○年○月○日

島根県○○市○○町○番○号

○○株式会社 代表取締役 ○○○○ [印]

1. 指定申請

◎新規に指定を受ける場合は、事業開始予定日の1月前までに、指定申請を行うこと。（法第70条①・施行規則第119条、法第115条の2①・規則第140条の8）

提出書類		留意事項
1	指定(許可)申請書 (様式第1号)	
2	付表6-1 付表6-2	・サテライトがある場合のみ
3	申請者(開設者)の定款、 寄付行為等及びその登 記事項証明書又は条例 等	・介護保険に関する事業を実施する旨の記載のある定款・寄付行 為等及び登記事項証明書(条例にあっては、公報の写し) ※既存の定款等で、指定申請する事業が実施できるかどうか、事 前に法人所轄庁に確認すること
4	従業者の勤務の体制及 び勤務形態一覧表 (参考様式1-2)	<次の書類を添付すること> ○資格証の写し(生活相談員・看護職員・機能訓練指導員) ○職員の採用が分かる書類(雇用契約書等の写し) ○雇用保険被保険者証の写し ○組織図(法人の中での当該事業所の位置づけが分かるもの)
5	管理者経歴書 (参考様式2)	・指定予定日現在で当該職務に従事していることが分かるよう記 載すること
6	事業所平面図 (参考様式3)	・事業所の平面図に各室の用途及び面積を記載すること ・当該事業の専用部分と他の共用部分を色分けする等により、使 用関係を分かりやすく表示すること ・平面図の余白に備品等を記載するか、備品等一覧を添付するこ と(消防法等で義務づけられた設備を含む) <次の書類を添付すること> ○事業所の外観及び内部(設備基準で義務づけられた設備・備 品等)が分かる写真
7	運営規程	・居宅サービスと介護予防サービスの指定を併せて申請する場合 は、それぞれのサービスについて記載すること
8	利用者からの苦情を処 理するために講ずる措 置の概要(参考様式6)	
9	サービス提供実施単位 一覧表(参考様式7)	
10	当該申請に係る資産の 状況	<次の書類を提出すること> ○資産の目録(貸借対照表等) ○当該年度の事業計画書 ○当該年度の収支予算書 ○損害賠償発生時に対応が可能であることが分かる書類 (損害保険証書の写し等) ○建物賃貸借契約書
11	事業所位置図	
12	誓約書及び役員等名簿 (参考様式9-1)	・役員等名簿は管理者についても記載すること

◎申請書の提出に合わせて、下記の届出を提出すること。

- 介護給付費算定に係る体制等に関する届出(加算届)…加算等がない場合でも必要
- 業務管理体制に係る届出書…法人ごとの届出なので、既提出の場合は不要
- 老人デイサービスセンター等設置届(様式第4号)…老人デイサービスセンターの場合

2. 指定更新申請

◎指定更新の場合は、指定期間満了日の1月前までに、指定更新申請を行うこと。(法第70条の2①、法第115条の11)

提出書類		留意事項
1	指定(許可)更新申請書 (様式第1号の2)	
2	付表6-1 付表6-2	・サテライトがある場合のみ
3	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (参考様式1-2)	<次の書類を添付すること> ○資格証の写し(生活相談員・看護職員・機能訓練指導員)
4	誓約書及び役員等名簿 (参考様式9-1)	・役員等名簿は管理者についても記載すること

3. 変更届

◎下表の事項に変更があった場合は、変更日から10日以内に、変更届を提出すること。(法第75条①・施行規則第131条、法第115条の5・施行規則第140条の22)

◎運営規程中の「従業員の職種・員数及び職務の内容」に関する変更については、4月の配置状況を前年度4月の配置状況と比較し、増減がある場合に5月末までに届出を行うこと。

変更事項と添付提出書類の一覧表

変更届出書の 添付提出書類		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
		付表 6	勤務 形態 一覧表	誓約 書及 び役員 等	事業 所位置 図	定款・ 寄付行 為等	登記 事項証 明書等	事業 所平面 図	管理 者経歴 書	運営 規程
変更届出書（様式第3号） の「(番号)変更があった事項」欄										
1	事業所の名称	○								○
2	事業所の所在地	○			○			○		○
3	法人の主たる事務所の所在地					○	○			
4	法人の代表者の氏名、生年月日及び住所			○			○			
5	定款・寄付行為及びその登記事項証明書・ 条例等（当該事業に関するものに限る。）					○	○			
6	事業所の建物の構造、専用区画等	○						○		
8	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所	○	○	○					○	
10	運営規程	○	△							○
18	法人の役員の氏名、生年月日及び住所			○						

○印：変更届出書（様式第3号）左欄の変更事項に応じて、添付が必要な書類等

△印：運営規程の変更内容が、人員・勤務形態に全く影響を及ぼさないものである場合は、「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」の添付は不要

提出書類		留意事項
変更届出書（様式第3号）		
①	付表6-1	
	付表6-2	・サテライトがある場合のみ
②	従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (参考様式1-2)	※資格が必要な職員について、既提出分の一覧と異なる場合は、「資格証の写し」を添付すること
③	誓約書及び役員等名簿（参考様式9-1）	・役員等名簿は管理者についても記載すること
④	事業所位置図	
⑤	定款・寄付行為等	
⑥	登記事項証明書等	
⑦	事業所平面図（参考様式3）	(指定申請と同様)
⑧	管理者経歴書（参考様式2）	(指定申請と同様)
⑨	運営規程	・新旧の変更箇所を明示したもの ※ <u>法人の名称、事業所の名称・所在地の変更などにより、運営規程の変更が必要になる場合もある</u>

4. 廃止・休止・再開の届出

◎事業を廃止・休止する場合は、廃止・休止日の1月前までに、廃止・休止の届出を行うこと。
(法第75条②・施行規則第131条④、法第115条の5②・施行規則第140条の22④)

提出書類	留意事項
廃止・休止届出書 (様式第4号)	

◎指定を受けた法人や開設者(申請者)が変更になる場合は、当該事業所は廃止の扱いとなるので、廃止の届出を行うほか、新たに指定申請の手続きを行うこと。

◎休止した事業を再開する場合は、再開日の10日以内に、再開の届出を行うこと。(法第75条①・施行規則第131条③、法第115条の5①・施行規則第140条の22③)

提出書類	留意事項
1 再開届出書 (様式第3号の2)	
2 従業者の勤務の体制及び 勤務形態一覧表 (参考様式1-2)	<次の書類を添付すること> ○資格証の写し(生活相談員・看護職員・機能訓練指導員)

★休止中の事業所は、指定更新ができず、指定期間満了日をもって廃止となるので、注意すること。

様式第1号（第2条関係）

受付番号

指定居宅サービス事業所
 指定介護予防サービス事業所
 指定居宅介護支援事業所 指定（許可）申請書
 介護保険施設

年 月 日

島根県知事 様

申請者 住 所
 （法人の所在地）
 氏 名
 （法人名称及び代表者職・氏名）



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。

事業所所在地市町村番号

申 請 者	フリガナ 名 称					
	法人の主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種類別				法人所管庁	
	代表者の職・氏名 及び生年月日	フリガナ 職 名	フリガナ 氏 名			生年月日
	代表者の住所	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)				
	指 定 （ 許 可 ） を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設 の 種 類	フリガナ 事業所等の名称				
事業所等の所在地		(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)				
同一所在地において行う事業等の種類		実施 事業	指定（許可）申請をする事業等の 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（許可）年月日	様 式	
指 定 居 宅 サ ー ビ ス		訪問介護				付表1
		訪問入浴介護				付表2
		訪問看護				付表3
		訪問リハビリテーション				付表4
		居宅療養管理指導				付表5
		通所介護				付表6
		通所リハビリテーション				付表7
		短期入所生活介護				付表8
		短期入所療養介護				付表9
		特定施設入居者生活介護				付表10
		福祉用具貸与				付表11
		特定福祉用具販売				付表12
施 設		居宅介護支援				付表13
		介護老人福祉施設				付表14
		介護老人保健施設				付表15
		介護療養型医療施設				付表16
		指 定 介 護 予 防 サ ー ビ ス	介護予防訪問介護			
	介護予防訪問入浴介護					付表2
	介護予防訪問看護					付表3
	介護予防訪問リハビリテーション					付表4
介護予防居宅療養管理指導					付表5	
介護予防通所介護					付表6	
介護予防通所リハビリテーション					付表7	
介護予防短期入所生活介護					付表8	
介護予防短期入所療養介護				付表9		
介護予防特定施設入居者生活介護				付表10		
介護予防福祉用具貸与				付表11		
特定介護予防福祉用具販売				付表12		
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						
記入担当者名				電話番号		

- 備考
- 1 「受付番号」及び「事業所所在地市町村番号」欄は、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、株式会社等の別を記入してください。
 - 3 「代表者の職・氏名」及び「代表者の住所」欄は、申請者が法人である場合に記載してください。
 - 4 「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。
 - 5 「実施事業」欄は、今回申請する事業又は施設に該当する欄には「◎」、既に指定等を受けている事業又は施設に該当する欄には「○」を記載してください。なお、今回の申請に伴って、介護保険法第72条第1項の規定により、指定があったものとみなされる事業については、該当欄に「みなし」と記載してください。
 - 6 「指定(許可)申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始(開設)予定年月日を記載してください。
 - 7 「既に指定等を受けている事業等」欄は、介護保険法に基づく指定事業者又は介護保険施設として指定(許可)された年月日(介護保険法施行令第4条、第5条、第7条及び第8条の規定により指定(許可)があったものとみなされた事業については、「12. 4. 1)」を記載してください。
 - 8 「介護保険事業者番号」欄は、既に指定等を受けている場合に記載してください。
 - 9 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。
 - 10 既に介護給付のサービス事業所の指定を受けている事業者が、介護予防サービス事業者の指定を受ける場合においては、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」「当該申請に係る介護予防サービス費の請求に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「役員の氏名、生年月日及び住所」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」及び「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。また、既に介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、介護給付のサービス事業者の指定を受ける場合においても同様に届出を省略できます。

様式第1号の2 (第2条の2関係)

受付番号

指定居宅サービス事業所
 指定介護予防サービス事業所
 指定居宅介護支援事業所 指定(許可)更新申請書
 介護保険施設

年 月 日

島根県知事 様

申請者 住所 (法人の所在地)
 氏名 (法人名称及び代表者職・氏名) (印)

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

事業所所在地市町村番号

申請者	フリガナ 名称					
	法人の主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種類別				法人所管庁	
	代表者の職・氏名及び生年月日	フリガナ 職名		フリガナ 氏名		生年月日
	代表者の住所	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)				
指定(許可)更新を受けようとする事業所・施設の種類の種類	フリガナ 事業所等の名称					
	事業所等の所在地	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)				
	事業等の種類		実施事業	既に指定等を受けている事業等の		様式
				指定(許可)年月日	有効期間満了日	
	指定居宅サービス	訪問介護				付表1
		訪問入浴介護				付表2
		訪問看護				付表3
		訪問リハビリテーション				付表4
		居宅療養管理指導				付表5
		通所介護				付表6
		通所リハビリテーション				付表7
		短期入所生活介護				付表8
		短期入所療養介護				付表9
		特定施設入居者生活介護				付表10
		福祉用具貸与				付表11
		特定福祉用具販売				付表12
	施設	居宅介護支援				付表13
		介護老人福祉施設				付表14
		介護老人保健施設				付表15
	指定介護予防サービス	介護療養型医療施設				付表16
介護予防訪問介護					付表1	
介護予防訪問入浴介護					付表2	
介護予防訪問看護					付表3	
介護予防訪問リハビリテーション					付表4	
介護予防居宅療養管理指導					付表5	
介護予防通所介護					付表6	
介護予防通所リハビリテーション					付表7	
介護予防短期入所生活介護					付表8	
介護予防短期入所療養介護					付表9	
介護予防特定施設入居者生活介護				付表10		
介護予防福祉用具貸与				付表11		
特定介護予防福祉用具販売				付表12		
介護保険事業所番号		(既に指定又は許可を受けている事業所番号)				
医療機関コード等						
記入担当者名				電話番号		

- 備考
- 1 「受付番号」及び「事業所所在地市町村番号」欄は、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 「代表者の職・氏名及び生年月日」及び「代表者の住所」欄は、申請者が法人である場合に記載してください。
 - 4 「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。
 - 5 「実施事業」欄は、今回更新申請する事業又は施設の欄に「○」を記載してください。
 - 6 「既に指定等を受けている事業等の指定(許可)年月日」欄は、介護保険法に基づく指定事業者又は介護保険施設として指定(許可)された年月日を記載してください。
 - 7 「既に受けている指定の有効期間満了日」欄は、介護保険法に基づく指定又は許可の有効期間の満了年月日を記載してください。
 - 8 「介護保険事業者番号」欄は、既に指定等を受けている事業所番号を記載してください。
 - 9 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。
 - 10 事業所ごとサービス種類ごとに作成し、提出してください。

変更届出書

年 月 日

島根県知事 様

住 所
 事業者（開設者）（法人の所在地）
 氏 名 (印)
 （法人名称及び代表者職・氏名）

次のとおり指定（許可）に係る事項を変更したので届け出ます。

		介護保険事業所番号									
指定内容を変更した事業所（施設）		名 称									
		所在地									
サ ー ビ ス の 種 類											
変 更 が あ っ た 事 項		変 更 の 内 容									
1	事業所（施設）の名称	(変更前)									
2	事業所（施設）の所在地										
3	主たる事務所の所在地										
4	代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所										
5	定款・寄附行為及びその登記事項証明書・条例等 （当該事業に関するものに限る。）										
6	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等										
7	備品（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業）										
8	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所										
9	サービス提供責任者の氏名及び住所										
10	運営規程										
11	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関										
12	事業所の種別										
13	提供する居宅療養管理指導の種類	(変更後)									
14	事業実施形態 （本体施設が特別養護老人ホームの場合の 単独型・空床利用型・併設型の別）										
15	入院患者又は入所者の定員										
16	福祉用具の保管・消毒方法 （委託している場合にあつては、委託先の状況）										
17	併設施設の状況等										
18	役員の氏名、生年月日及び住所										
19	介護支援専門員の氏名及びその登録番号										
変 更 年 月 日		平成 年 月 日									

- 備考 1 「変更事項」欄は、該当する項目番号に「○」を付してください。
 2 変更内容が確認できる書類を添付してください。

再開届出書

年 月 日

島根県知事 様

住 所
 事業者 (開設者) (法人の所在地)
 氏 名 (法人名称及び代表者職・氏名) (印)

次のとおり事業 (施設) を再開したので届け出ます。

	介護保険事業所番号												
事業等の種別													
再開した事業所 (施設)	名称												
	所在地												
再開した年月日	年 月 日												

備考 介護保険法施行規則に規定する当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

廃止・休止届出書

年 月 日

島根県知事 様

住 所
 事業者（開設者） （法人の所在地）
 氏 名 (印)
 （法人名称及び代表者職・氏名）

次のとおり事業（施設）を廃止（休止）するので届け出ます。

	介護保険事業所番号									
事業等の種別										
廃止（休止）する事業所（施設）	名称									
	所在地									
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止									
廃止・休止する年月日	年 月 日									
廃止・休止する理由										
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置										
休止予定期間	休止日～ 年 月 日									

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

付表6-1 通所介護（療養通所介護）・介護予防通所介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
メールアドレス						
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文			第 条 第 項 第 号			
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)		
	氏名					
	生年月日					
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）					
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 （兼務の場合のみ記入）	名称				
	兼務する職種 及び勤務時間等					
従業者の職種・員数		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員	
常勤（人）						
非常勤（人）						
適合の可否						
食堂及び機能訓練室の合計面積			基準上の必要数値	適合の可否		
			m ²	m ² 以上		
主な 揭示 事項	営業日	単位ごとの営業日				
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く） (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)				
	利用定員	人 (単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人)				
	利用料	法定代理受領分（一割負担分）				
		法定代理受領分以外				
	その他の費用					
	通常の事業実施地域					
添付書類	別添のとおり					

備考1 「受付番号」、「適合の可否」及び「基準上の必要数値」欄は、記載しないでください。

- 「当該通所介護（療養通所介護）・介護予防通所介護事業所で兼務する他の職種」及び「同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務」欄は、管理者が兼務する場合に記載してください。
- 「主な揭示事項」欄については、この欄の記載に代えて、別に資料を添付して差し支えありません。
- 記載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。
- この事業所の所在地以外の場所に当該事業に係る事業の一部を行う施設を有する場合については、必要事項を記載した付表6-2を添付してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

(参考様式 1-2 通所介護専用)【記載例】

受付番号	
------	--

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

(24年 4月分) 事業者名 (デイサービス〇〇〇〇〇〇)

サービス提供時間 9時 0分 ~ 16時 30分 (7:30)

利用定員 16人

生活相談員配置時間 7:30 時間

介護職員必要人数 (時間) 1.2 人 (9:00 時間)

職 種	勤務形態	氏 名	週	第 1 週							第 2 週							第 3 週							第 4 週							資 格
			日	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	
			*	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	
管理者	B	あ			0:30	5:00	3:00	5:00	5:00			0:30	5:00	3:00	5:00	5:00			0:30	5:00	3:00	5:00	5:00			0:30	5:00	3:00	5:00	5:00		
生活相談員	B	あ			7:30	3:00	5:00	3:00	3:00			7:30	3:00	5:00	3:00	3:00			7:30	3:00	5:00	3:00	3:00			7:30	3:00	5:00	3:00	3:00		介護支援専門員
生活相談員	B	い				4:30	2:30	4:30	4:30	7:30			4:30	2:30	4:30	4:30	7:30			4:30	2:30	4:30	4:30	7:30			4:30	2:30	4:30	4:30	7:30	介護福祉士
看護職員	D	う			7:30	7:30				5:00		7:30	7:30			5:00		7:30	7:30				5:00		7:30	7:30				5:00	看護師	
看護職員	C	え					5:00	5:00	5:00					5:00	5:00	5:00				5:00	5:00	5:00					5:00	5:00	5:00		准看護師	
介護職員	B	い				3:00	5:00	3:00	3:00				3:00	5:00	3:00	3:00			3:00	5:00	3:00	3:00				3:00	5:00	3:00	3:00			
介護職員	A	お			7:30	7:30		7:30	7:30	7:30		7:30	7:30		7:30	7:30	7:30		7:30	7:30		7:30	7:30	7:30		7:30	7:30		7:30	7:30	7:30	
介護職員	C	か			4:00		4:00			4:00		4:00		4:00		4:00		4:00		4:00			4:00		4:00		4:00			4:00		
機能訓練指導員	A	き			7:30	7:30	7:30	7:30	7:30			7:30	7:30	7:30	7:30	7:30		7:30	7:30	7:30	7:30	7:30			7:30	7:30	7:30	7:30	7:30		作業療法士	
機能訓練指導員	D	う								2:30						2:30							2:30							2:30	看護師	
生活相談員合計					7:30	7:30	7:30	7:30	7:30	7:30		7:30	7:30	7:30	7:30	7:30		7:30	7:30	7:30	7:30	7:30	7:30		7:30	7:30	7:30	7:30	7:30	7:30		
介護職員合計					11:30	10:30	9:00	10:30	10:30	11:30		11:30	10:30	9:00	10:30	10:30	11:30		11:30	10:30	9:00	10:30	10:30	11:30		11:30	10:30	9:00	10:30	10:30	11:30	

添付書類 1 資格を証明するものの写し

2 当該事業所・施設に係る組織体系図

備考 1 * 欄には、当該月の曜日を記入してください。

2 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載してください。

勤務形態の区分 A：常勤で専従 B：常勤で兼務 C：常勤以外で専従 D：常勤以外で兼務

3 申請する事業に係る従業員全員（管理者を含む）について、4週間分の勤務すべき時間数を記入してください。

4 管理者以外の従業員（生活相談員、介護職員等）については、サービス提供時間内に勤務すべき時間数を記入してください。

5 生活相談員、介護職員（定員10人以下の場合は介護職員又は看護職員）については、サービス提供日ごとにサービス提供時間内に勤務すべき時間の合計を記入してください。

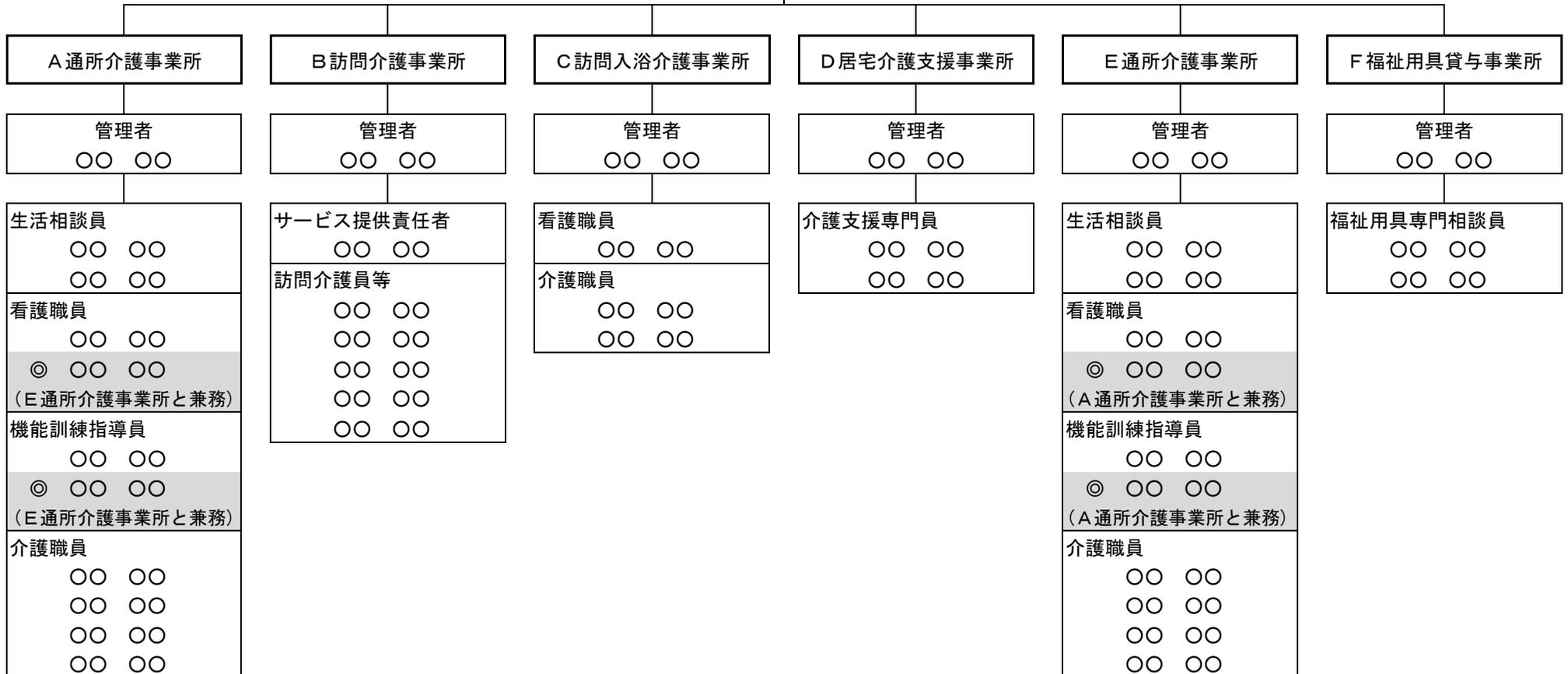
6 勤務すべき時間は、分まで記入してください。

7 各事業所において使用している勤務割表等により、職種、勤務形態、氏名及び当該業務の勤務時間が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

(参考例)

組織体制図

〇〇株式会社
代表取締役 〇〇 〇〇

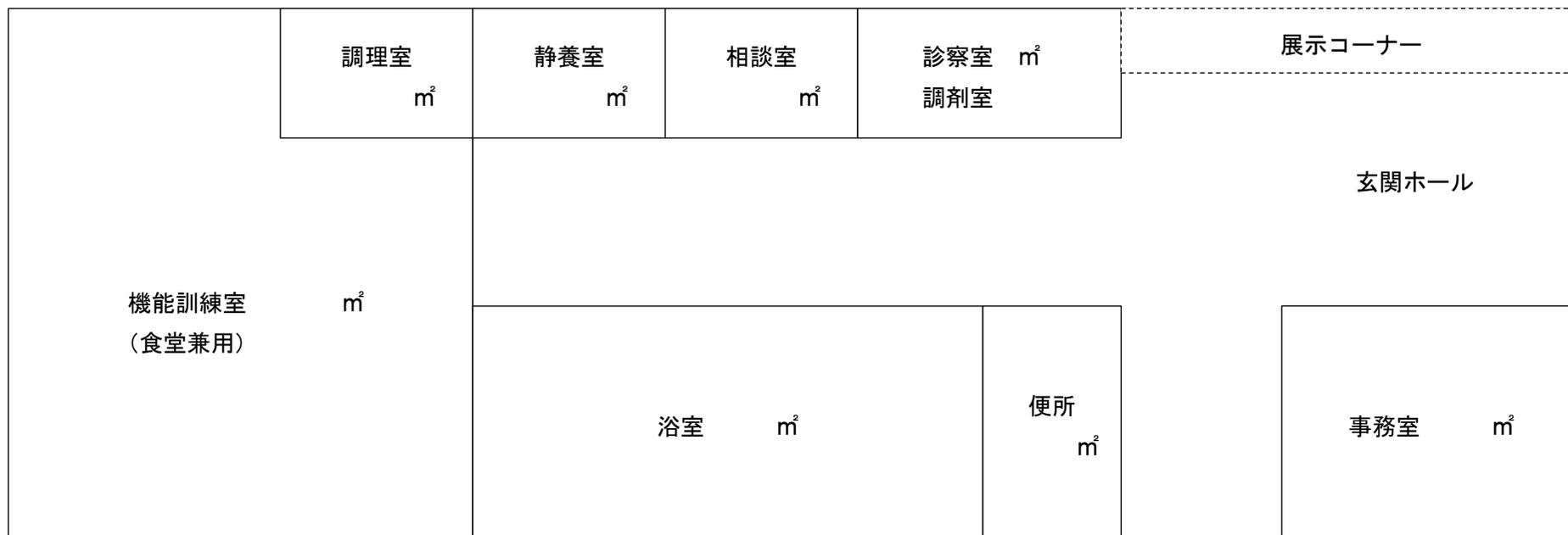


◎印：兼務がある者

(参考様式3) 事業所(施設)の平面図

事業所・施設の名称

【通所介護事業所の例】平面図又は別紙に、必要な設備・備品等の品名・数量を記載



備考1 施設部分の用途や面積が分かるものを提出すること。

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やすく表示してください。

(参考様式6)

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	
申請するサービス種類	

措 置 の 概 要	
1	利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置
2	円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順
3	苦情があったサービス事業者に対する対応方針等(居宅介護支援事業者の場合記入)
4	その他参考事項

備考 上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。

(参考様式7)

サービス提供実施単位一覧表

[記載例]

曜日 時間	月	火	水	木	金	土	日
8:00	(例)	(例)					
9:00	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;"> 開始 9:00 終了12:30 定員 20人 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;"> 開始 9:00 終了12:30 定員 10人 </div>					
10:00							
11:00							
12:00				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;"> 開始 9:00 終了16:30 定員 10人 </div>			
13:00							
14:00	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;"> 開始13:30 終了17:00 定員 20人 </div>						
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							

備考1 曜日ごとにサービス提供単位の状況を記載してください。また、サービス提供単位ごとの利用定員を記載してください。

- 2 各事業所・施設において使用している勤務割表等（既に事業を実施しているときは直近月の実績）により、サービス提供単位及びサービス提供単位ごとの利用定員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。

(参考様式9-1 (居宅サービス・介護予防サービス事業所用))
介護保険法第70条第2項各号・介護保険法第115条の2第2項各号の規定に該当しない旨の
誓約書

年 月

日

島根県知事 殿

申請者 住所

氏名 (法人にあつては名称及び代表者名)

印

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。(但し、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。)が法人である場合は、その役員等が下記の第4号から第6号まで又は第7号から第9号までに該当しないこと又は申請者(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ある場合は、その管理者が下記の第4号から第6号まで又は第7号から第9号までに該当しないことを、また、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。)が法人である場合は、その役員等が下記の第4号から第5号の3まで、第6号の2又は第7号から第9号までに該当しないこと又は申請者(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ある場合は、その管理者が下記の第4号から第5号の3まで、第6号の2又は第7号から第9号までに該当しないことを誓約します。)

記

(介護保険法第70条(第115条の2)第2項)

- 1 申請者が都道府県の条例で定める者〔法人〕でないとき。
- 2 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74条(第115条の4)第1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。
- 3 申請者が、第74条第2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〔都道府県の条例〕に従って適正な居宅サービス事業の運営(第115条の4第2項に規定する指定介護予防サービス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又は指定介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準〔都道府県の条例〕に従って適正な介護予防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。
- 4 申請者が、禁錮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。
- 5 申請者が、この法律その他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。
- 5の2 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。
- 5の3 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44年法律第84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78条の2第4項第5号の3、第94条第3項第5号の3、第115条の2第2項第5号の3、第115条の12第2項第5号の3及び第203条第2項において「保険料等」という。)について、当該申請をした日の前日までに、これらの法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく3月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日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78条の2第4項第5号の3、第94条第3項第5号の3、第115条の2第2項第5号の3及び第115条の12第2項第5号の3において同じ。)を引き続き滞納している者であるとき。
- 6 申請者(特定施設入居者生活介護(介護予防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77条(第115条の9)第1項又は第115条の35第6項の規定により指定(特定施設入居者生活介護(介護予防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、その取消の日から起算して5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15条の規定による通知があつた日前60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い、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等以上の支配力を有するものと認められる者を含む。第5節及び第203条第2項におい

て同じ。)又はその事業所を管理する者その他の政令で定める使用人(以下「役員等」という。)であった者で当該取消しの日から起算して5年を経過しないものを含み、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、当該通知があった日前60日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消しの日から起算して5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(指定介護予防サービス事業者)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った事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者(介護予防サービス事業者)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実に関して当該指定居宅サービス事業者(介護予防サービス事業者)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該当する場合を除く。

6の2 申請者(特定施設入居者生活介護(介護予防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77条(第115条の9)第1項又は第115条の35第6項の規定により指定(特定施設入居者生活介護(介護予防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5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15条の規定による通知があった日前60日以内に当該法人の役員等であった者で当該取消しの日から起算して5年を経過しないものを含み、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、当該通知があった日前60日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消しの日から起算して5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(介護予防サービス事業者)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った事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者(介護予防サービス事業者)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実に関して当該指定居宅サービス事業者(介護予防サービス事業者)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該当する場合を除く。

6の3 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事由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」という。)、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)のうち、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同じ。)が、第77条(第115条の9)第1項又は第115条の35第6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5年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者(介護予防サービス事業者)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った事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者(介護予防サービス事業者)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実に関して当該指定居宅サービス事業者(介護予防サービス事業者)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該当する場合を除く。

7 申請者が、第77条(第115条の9)第1項又は第115条の35第6項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第75条(第115条の5)第2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。)で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。

7の2 申請者が、第76条(第115条の7)第1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77条(第115条の9)第1項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行う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10日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第75条(第115条の5)第2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。)で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。

8 第7号に規定する期間内に第75条(第115条の5)第2項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前60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。)の管理者であった者で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。

9 申請者が、指定の申請前5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。

10 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4号から第6号まで又は第7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。

10の2 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4号から第5号の3まで、第6号の2又は第7号から第9号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

11 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4号から第6号まで又は第7号から第9号までのいずれかに該当する者であるとき。

12 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4号から第5号の3まで、第6号の2又は第7号から第9号までのいずれかに該当する者であるとき。

島根県知事 様

届出者住所
氏 名

{ 法人にあっては事務所
 の
 法人にあっては名称及
 び } 印

老人デイサービスセンター等設置届

下記のとおり老人デイサービスセンター等を設置しますので、老人福祉法第15条第2項の規定により届け出ます。

記

施 設	種 類	1 老人デイサービスセンター 2 老人短期入所施設 3 老人介護支援センター			
	名 称				
	所在地				
建物の規模及び構造	名 称	構 造	棟 数	建物面積 (㎡)	延床面積 (㎡)
設 備 の 概 要					
職員の定数及び職務の内容	職 員 の 種 類		職 務 の 内 容		職 員 の 定 数
	計				
施設の長その他主な職員の氏名	職 名	氏 名		職 名	氏 名
施設の長その他主な職員の経歴					
事業を行おうとする区域					
入 所 定 員 (人) (老人短期入所施設に限る。)					
事業開始の予定年月日					

(添付書類)

- 市 町 村 : 1 土地及び建物に係る権利関係を明らかにすることができる書類
 2 当該市町村の区域外に施設を設置しようとする場合には、その施設を設置しようとする区域の市町村の同意書
- 市町村以外の者 : 1 土地及び建物に係る権利関係を明らかにすることができる書類
 2 定款その他の基本約款

備考

- 1 施設の種類の欄は、該当するものの番号を○で囲むこと。
 2 記載事項が多いため、この様式によることができないときは、適宜この様式に準じた用紙を用いるか、又は別添とすること。

5. 業務管理体制

(1) 業務管理体制の整備に関する届出について

◎平成21年5月1日より、指定取消事案などの不正行為を未然に防止し、利用者の保護と介護事業運営の適正化を図るため、法令遵守等の業務管理体制の整備が義務付けられました。

◎業務管理体制は、指定又は許可を受けている事業所又は施設の数に応じて定められており、業務管理体制の整備に関する事項を記載した届出書を関係行政機関に届け出ることとされました。

<整備基準>

業務管理体制の整備の内容	事業所数		
	20未満	20以上100未満	100以上
法令遵守責任者の選任	必要	必要	必要
業務が法令に適合することを確保するための規定の整備	—	必要	必要
業務執行の状況の調査	—	—	必要

※ みなし事業所、総合事業の事業所数は除きます。

※ 同一事業所が、例えば訪問介護と介護予防訪問介護の指定を併せて受けている場合、事業所等の数は2と数えます。

(2) 業務管理体制の整備に関する事項の届出先

区 分		届 出 先
指定事業所等が複数の都道府県に所在する事業者	事業所等が3以上の地方厚生局の管轄区域に所在する場合	厚生労働大臣
	事業所等が2以下の地方厚生局の管轄区域に所在する場合	主たる事務所が所在する都道府県知事
地域密着型サービス（地域密着型介護予防サービス含む）のみを行う事業者で、指定事業所が同一市町村内に所在する事業者		市町村長
全ての指定事業所等が同一都道府県内に所在する事業者		都道府県知事
全ての指定事業者等が同一指定都市内に所在する事業者		指定都市の長

(3) 届出様式及び提出期限

届出が必要となる事由	様 式	提出期限
○ 新規に業務管理体制を整備した場合	第1号様式	遅滞なく
○ 業務管理体制を届け出た後、事業所等の指定や廃止等（事業展開地域の変更）により、届出先区分の変更が生じた場合 （例：市町村→県、県→厚生労働大臣への変更） ※ 変更前及び変更後の行政機関の双方へ届け出てください	第1号様式	遅滞なく
○ 届出事項に変更があった場合 ※ 次のような場合は、変更の届出は不要です ➢ 事業所等の数に変更が生じても、整備する業務管理体制が変更されない場合 ➢ 法令遵守規程の字句の修正など業務管理体制に影響のない軽微な変更の場合	第2号様式	遅滞なく

(4) 鳥根県が届出先となる場合

◎届出先が鳥根県となる場合は、下記へ郵送又は持参してください（松江市内及び石見地区に所在する事業者も同様）。

〒690-8501 松江市殿町1番地 鳥根県健康福祉部高齢者福祉課 在宅サービスグループ

電話番号：0852-22-5235

受付番号

介護保険法第115条の32第2項(整備)又は第4項（区分の変更）
の規定による業務管理体制に係る届出書

年 月 日

島根県知事 様

事業者 名 称
代表者氏名 ㊟

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

記

		事業者（法人）番号												
1	届出の内容													
	(1)法第115条の32第2項関係（整備）													
	(2)法第115条の32第4項関係（区分の変更）													
	2	フリガナ 名 称												
		住 所 (主たる事務所の所在地)		(郵便番号 -) 都道 郡 市 府県 区 (ビルの名称等)										
		連 絡 先		電話番号				FAX番号						
		法人の種別												
		代表者の職名・氏名・生年月日		職名	フリガナ 氏 名			生年 月 日		年 月 日				
	3	事業所名称等及び所在地		事業所名称		指定(許可)年月日		介護保険事業所番号(医療機関等コード)				所 在 地		
				計 画 所										
4	介護保険法施行規則第140条の40第1項第2号から第4号までに掲げる届出事項		第2号		法令遵守責任者の氏名(フリガナ)				生年月日					
									年 月 日					
			第3号		業務が法令に適合することを確保するための規程の概要									
			第4号		業務執行の状況の監査の方法の概要									
5	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課													
	事業者（法人）番号													
	区分変更の理由													
	区分変更後行政機関名称、担当部(局)課													
	区 分 変 更 日		年 月 日											

受付番号	
------	--

介護保険法第115条の32第3項の規定による
業務管理体制に係る届出書（届出事項の変更）

年 月 日

島根県知事 様

事業者 名 称
代表者氏名 ⑩

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

記

事業者（法人）番号																				
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

変 更 が あ っ た 事 項
1 法人の種別、名称(フリガナ) 2 主たる事務所の所在地、電話番号、FAX番号 3 代表者氏名(フリガナ)、生年月日 4 代表者の住所、職名 5 事業所名称等及び所在地 6 法令遵守責任者の氏名(フリガナ)及び生年月日 7 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要 8 業務執行の状況の監査の方法の概要

変 更 の 内 容
(変更前)
(変更後)