

別添

【介護予防・日常生活支援総合事業】第1号訪問・通所サービス事業
■変更届必要書類一覧■

受付番号

変更するサービスすべてにチェック印を付けてください。(※この書類も提出してください。)

訪問型サービス(国基準・市基準) 通所型サービス(国基準・市基準)

表1 法人に関する変更事項

第2号様式変更届出書の変更事項番号	変更届出書	定款・寄付行為等	登記簿謄本	事業所一覧	誓約書	備考
参考様式	第7号様式				参考様式7	
3 申請者・法人名称の変更	○	○	○	△ (複数事業所を運営している場合)	○	
4 法人住所等の変更 (電話番号・FAX番号)	○	△*1	△*2		○	*1 記載している場合 *2 TEL・FAXのみは不要
5 法人代表者の氏名、生年月日、住所の変更	○		○		○	
6 登録事項証明書又は条例等の変更 (当該事業に関するものに限る)	○	○	○			

表2 事業所(施設)等に関する変更(主なもの)

第2号様式変更届出書の変更事項番号	変更届出書	付表	運営規程	勤務形態一覧	資格証明	図面	写真	その他
参考様式	第7号様式	付表1-1 ~1-3		参考様式1-1		参考様式4		(適宜)
		付表2-1 ~2-4		参考様式1-2				
1 事業所の名称の変更	○	○	○					
2 事業所の住所(電話番号)の変更	○	○	○			○*5	○*5	○*6
*5 事業所の移転を伴う場合 *6 賃貸借契約書(写, 法人所有の場合は登記簿等)								
7 事業所の建物の構造、専用区画等の変更	○	○				○	○	
8 事業所の管理者・サービス提供責任者・生活相談員・看護職員・機能訓練指導員の氏名、住所及び経歴の変更	○	○		○	○			○*8
*8 サービス提供責任者の場合は、サービス提供責任者経歴書(参考様式2-2)								
9 運営規程(重説)								
(1) 営業日・営業時間の変更	○	○	○	○				
(2) サービスの内容・提供方法の変更	○	○	○	○				
(3) 単位数の変更	○	○	○	○				△*9
*9 通所型サービスのみ:サービス提供実施単位一覧(参考様式8)								
(4) 利用定員の変更	○	○	○	○		○*10	○*10	
*10 定員変更により施設の規模等の変更を伴う場合								
(5) 従業者数等の変更	○	○	○*11	○	○			
*11 運営規定に定める従業者の数に変更があった場合								
(6) 通常の事業の実施地域の変更	○	○	○					
(7) 利用料の変更 ※12に該当しない交通費、食費、家賃等	○	○	○					○*12
*12 算出根拠となる資料等(任意)								
(8) その他	○	○	○					
10 総合事業の請求に関する事項(加算・減算)								○*13
*13 事業費算定に係る体制等に関する届出書及び体制等状況一覧表(参考様式9, 10)								
その他	○							○*14
*14 指定時の申請内容より変更が生じた場合は、適宜、総合事業担当まで御相談ください。								

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。

法人名 又は 事業所名

担当者名

連絡先

(電話)

(FAX)

調布市長 宛

所在地
申請者 名称
代表者

調布市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定内容変更届出書

年 月 日付け 第 号事業者指定で決定のあつた調布市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者の指定の内容を変更したいので、次のとおり届け出ます。

		介護保険事業者番号									
指定内容を変更した事業所		名称	フリガナ								
		所在地	(郵便番号 —)								
サービスの種類											
変更があつた事項		変更の内容									
1	事業所の名称	(変更前)									
2	事業所の所在地										
3	申請者の名称										
4	主たる事務所の所在地										
5	代表者の氏名, 生年月日, 住所及び職名										
6	定款・寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る)	(変更後)									
7	事業所の構造概要及び平面図(各室の用途を明示するもの)並びに設備の概要										
8	事業所の管理者の氏名, 生年月日, 住所及び経歴										
9	運営規程										
10	その他()										
変更年月日		年 月 日									

備考

- 1 該当項目番号に○を付してください。
- 2 変更内容が分かる書類を添付してください。(「変更届必要書類一覧」参照)

(付表1-1) 指定介護予防・日常生活支援総合事業事業者の指定に係る記載事項
(訪問・国基準)

訪問介護(予防含む) 総合事業(国基準) 総合事業(市基準)

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -)									
		(ビルの名称等)									
連絡先	電話番号					FAX番号					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文											第 条第 項第 号
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)				
	氏名										
	生年月日	年	月	日							
	訪問介護員等との兼務の有無						有・無				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)		名称				兼務する職種及び勤務時間等				
サービス提供責任者 (欄が不足する場合、付表1-3)	フリガナ					住所	(郵便番号 -)				
	氏名										
	フリガナ					住所	(郵便番号 -)				
	氏名										
当該サービスの該当する区分に印を付けてください。											
<input type="checkbox"/> 訪問介護(予防含む)+国基準						<input type="checkbox"/> 国基準					
従業者の職種・員数		訪問介護員等		/							
		専従	兼務								
常勤(人)											
非常勤(人)											
主な揭示事項	定員	人									
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日	
		平日	~				土曜	~		日曜・祝日	~
	営業時間	サービス提供時間									
		備考									
	利用料	法定代理受領分				調布市告示額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額					
		法定代理受領分以外				調布市告示額					
その他の費用											
通常の事業実施地域	①	②	③	④	⑤	/					
	備考										
添付書類	別添のとおり										

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 2 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 3 本事業所内でサービス提供責任者が2名以上の場合は、「付表1-3(別紙)」に記載し、添付してください。

(付表1-2) 指定介護予防・日常生活支援総合事業事業者の指定に係る記載事項
(訪問・市基準)

訪問介護(予防含む) 総合事業(国基準) 総合事業(市基準)

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -)										
		(ビルの名称等)										
連絡先	電話番号					FAX番号						
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文							第 条第 項第 号					
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)					
	氏名											
	生年月日	年	月	日								
	訪問介護員等との兼務の有無						有・無					
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)		名称									
		兼務する職種及び勤務時間等										
サービス提供責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)					
	氏名											
	(欄が不足する場合、付表1-3)	フリガナ					住所	(郵便番号 -)				
		氏名										
当該サービスの該当する区分に印を付けてください。												
<input type="checkbox"/> 訪問介護(予防含む)+国基準+市基準						<input type="checkbox"/> 訪問介護(予防含む)+市基準						
<input type="checkbox"/> 国基準+市基準						<input type="checkbox"/> 市基準						
従業者の職種・員数		訪問介護員等				訪問介護員等の内調布市家事援助ヘルパー						
		専従		兼務		専従			兼務			
		常勤(人)										
非常勤(人)												
主な揭示事項	定員	人										
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		
		平日	~				土曜		~		日曜・祝日	~
	営業時間	サービス提供時間										
		備考										
	利用料		法定代理受領分				調布市告示額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額					
			法定代理受領分以外				調布市告示額					
	その他の費用											
通常の事業実施地域		①	②	③	④	⑤						
		備考										
添付書類		別添のとおり										

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 2 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 3 本事業所内でサービス提供責任者が2名以上の場合は、「付表1-3(別紙)」に記載し、添付してください。

(付表1-3)

サービス提供責任者一覧

氏名		住所
①	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏名	
②	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏名	
③	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏名	
④	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏名	
⑤	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏名	
⑥	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏名	
⑦	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏名	
⑧	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏名	
⑨	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏名	
⑩	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏名	
⑪	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏名	
⑫	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏名	
⑬	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏名	
⑭	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏名	
⑮	フリガナ	(郵便番号 ー)
	氏名	

備考 サービス提供責任者等が3名以上の場合は、この様式をお使いください。

(付表2-1) 指定介護予防・日常生活支援総合事業事業者の指定に係る記載事項
(通所・国基準)

通所介護(予防含む) 総合事業(国基準) 総合事業(市基準)

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -)										
		(ビルの名称等)										
連絡先	電話番号					FAX番号						
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文											第 条第 項第 号	
管理者	フリガナ											
	氏名											
	生年月日	年	月	日	住所							(郵便番号 -)
	当該通所型サービス事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)											
兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合のみ記入)	名称											
	兼務する職種及び勤務時間等											
実施単位数	事業所で同時に通所型サービスを行う利用者の上限										人	
通所型サービス事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積											m ²	
当該サービスの該当する区分に印を付けてください。												
<input type="checkbox"/> 通所介護(予防含む)+国基準											<input type="checkbox"/> 国基準	
当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積											人 m ²	
単位別従業者	常勤(人) 非常勤(人)	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			
主な揭示事項	定員	人										
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		
	営業時間	平日	~				土曜	~		日曜・祝日	~	
		サービス提供時間										
	備考											
	利用料	法定代理受領分					調布市告示額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額					
法定代理受領分以外					調布市告示額							
その他の費用												
通常の事業実施地域	①	②	③	④	⑤	/						
	備考											
添付書類	別添のとおり											

- 備考 1 「受付番号」欄には、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 4 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、「付表2-3(別紙)」に記載し、添付してください。

(付表2-2) 指定介護予防・日常生活支援総合事業事業者の指定に係る記載事項
(通所・市基準)

通所介護(予防含む) 総合事業(国基準) 総合事業(市基準)

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -)										
		(ビルの名称等)										
連絡先	電話番号					FAX番号						
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文						第 条第 項第 号						
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)					
	氏名											
	生年月日	年	月	日								
	当該通所型サービス事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)											
兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合のみ記入)	名称					兼務する職種及び勤務時間等						
実施単位数					事業所で同時に通所型サービスを行う利用者の上限	人						
通所型サービス事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積						m ²						
当該サービスの該当する区分に印を付けてください。												
<input type="checkbox"/> 通所介護(予防含む)+国基準+市基準				<input type="checkbox"/> 通所介護(予防含む)+市基準								
<input type="checkbox"/> 国基準+市基準				<input type="checkbox"/> 市基準								
当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積						人		m ²				
単位別従業者	専従	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		/		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
		常勤(人)										
非常勤(人)												
主な揭示事項	定員	人 (うち市基準の定員 人)										
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		
	営業時間	平日	~				土曜	~		日曜・祝日	~	
		サービス提供時間										
	備考											
	利用料	法定代理受領分				調布市告示額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額						
		法定代理受領分以外				調布市告示額						
その他の費用												
通常の事業実施地域	①	②	③	④	⑤	/						
	備考											
添付書類	別添のとおり											

- 備考 1 「受付番号」欄には、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 4 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、「付表2-4(別紙)」に記載し、添付してください。

(付表2-3)

指定介護予防・日常生活支援総合事業事業者の指定に係る記載事項
(通所・国基準) 2単位目以降

事業所	フリガナ																							
	名称																							
単位	当該単位のサービスに印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 通所介護(予防含む)+国基準 <input type="checkbox"/> 国基準																							
	当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積																	人		m ²				
	単位別従業者	生活相談員	専従		兼務		看護職員		専従		兼務		介護職員		専従		兼務		機能訓練指導員		専従		兼務	
			常勤(人)																					
		非常勤(人)																						
	主な揭示事項	定員																						
		営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日												
		営業時間		平日			~			土曜		~			日曜・祝日		~							
	2	サービス提供時間																						
		備考																						
単位	当該単位のサービスに印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 通所介護(予防含む)+国基準 <input type="checkbox"/> 国基準																							
	当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積																	人		m ²				
	単位別従業者	生活相談員	専従		兼務		看護職員		専従		兼務		介護職員		専従		兼務		機能訓練指導員		専従		兼務	
			常勤(人)																					
		非常勤(人)																						
	主な揭示事項	定員																						
		営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日												
		営業時間		平日			~			土曜		~			日曜・祝日		~							
	3	サービス提供時間																						
		備考																						
単位	当該単位のサービスに印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 通所介護(予防含む)+国基準 <input type="checkbox"/> 国基準																							
	当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積																	人		m ²				
	単位別従業者	生活相談員	専従		兼務		看護職員		専従		兼務		介護職員		専従		兼務		機能訓練指導員		専従		兼務	
			常勤(人)																					
		非常勤(人)																						
	主な揭示事項	定員																						
		営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日												
		営業時間		平日			~			土曜		~			日曜・祝日		~							
	4	サービス提供時間																						
		備考																						

(付表2-4)

指定介護予防・日常生活支援総合事業事業者の指定に係る記載事項
(通所・市基準) 2単位目以降

事業所	フリガナ																				
	名称																				
単位	当該単位のサービスに印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 通所介護(予防含む)+国基準+市基準 <input type="checkbox"/> 通所介護(予防含む)+市基準 <input type="checkbox"/> 国基準+市基準 <input type="checkbox"/> 市基準																				
	当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積															人		m ²			
	単位別従業者	生活相談員	専従		兼務		看護職員	専従		兼務		介護職員	専従		兼務		機能訓練指導員	専従		兼務	
			常勤(人)																		
			非常勤(人)																		
	主な揭示事項	定員 人 (うち市独自基準の定員 人)																			
		営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日									
		営業時間		平日 ~			土曜		~			日曜・祝日		~							
	2	サービス提供時間																			
		備考																			
単位	当該単位のサービスに印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 通所介護(予防含む)+国基準+市基準 <input type="checkbox"/> 通所介護(予防含む)+市基準 <input type="checkbox"/> 国基準+市基準 <input type="checkbox"/> 市基準																				
	当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積															人		m ²			
	単位別従業者	生活相談員	専従		兼務		看護職員	専従		兼務		介護職員	専従		兼務		機能訓練指導員	専従		兼務	
			常勤(人)																		
			非常勤(人)																		
	主な揭示事項	定員 人 (うち市独自基準の定員 人)																			
		営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日									
		営業時間		平日 ~			土曜		~			日曜・祝日		~							
	3	サービス提供時間																			
		備考																			
単位	当該単位のサービスに印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 通所介護(予防含む)+国基準+市基準 <input type="checkbox"/> 通所介護(予防含む)+市基準 <input type="checkbox"/> 国基準+市基準 <input type="checkbox"/> 市基準																				
	当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積															人		m ²			
	単位別従業者	生活相談員	専従		兼務		看護職員	専従		兼務		介護職員	専従		兼務		機能訓練指導員	専従		兼務	
			常勤(人)																		
			非常勤(人)																		
	主な揭示事項	定員 人 (うち市独自基準の定員 人)																			
		営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日									
		営業時間		平日 ~			土曜		~			日曜・祝日		~							
	4	サービス提供時間																			
		備考																			

サービス提供責任者経歴書

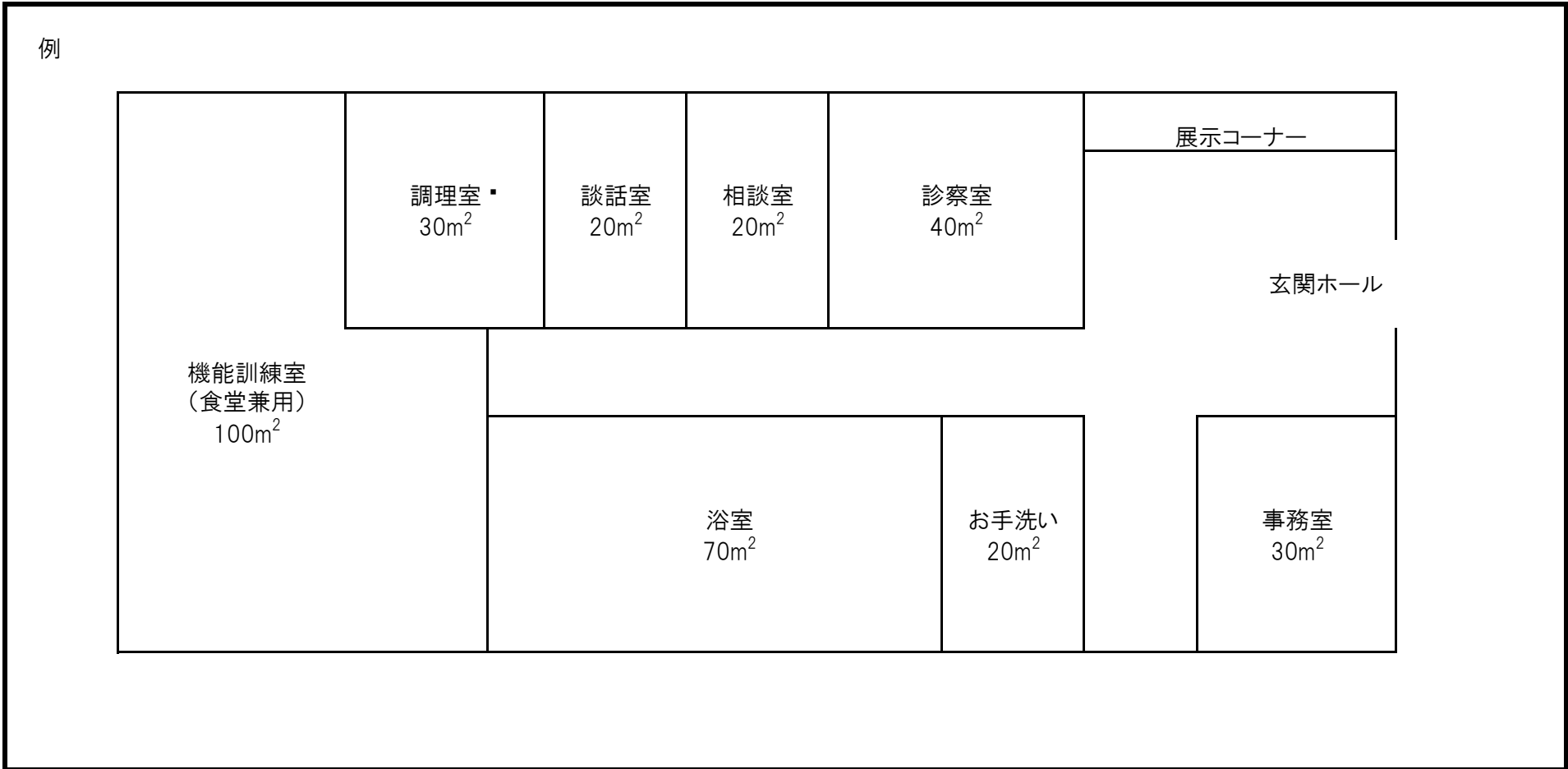
事業所又は施設の名称			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	郵便番号 (-)	連絡先	
主な職歴等			
年 月～ 年 月	勤務先等		職務内容
職務に関連する資格			
資格の種類		資格取得年月	
備考			
◆研修等の受講状況について <input type="checkbox"/> 受講済み <input type="checkbox"/> 未受講 (該当部分にチェック)			
研修名		(年度)	修了者番号
-----		-----	-----
研修名		(年度)	修了者番号
-----		-----	-----
研修名		(年度)	修了者番号
-----		-----	-----

備考1 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

(参考様式4)

平面図

事業所・施設の名称	
-----------	--



- 備考
- 1 各室の用途及び面積を記載してください。
 - 2 当該事業の専用部分と他との共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 面積は内法により測定し、記載してください。
 - 4 任意の図面での対応も可能です。

介護保険法第115条の45の5第2項の規定等に該当しない旨の誓約書

年 月 日

調 布 市 長 宛

所在地
名称
申請者 代表者氏名

申請者、申請者の法人役員等が下記のいずれにも該当しない者であること及び申請事項に虚偽がないことを誓約します。

また、現在及び将来に渡って、申請者及び申請者の法人役員等が調布市暴力団排除条例第2条第3号、第5号若しくは第6号に該当するもの又は関係を有するものでないことを誓約します。さらに、調布市が、調布市暴力団排除条例第4条に基づき、必要に応じて、申請者及び申請者の法人役員等の情報を警視庁に照会することについて、同意します。なお、その際は、調布市からの依頼に応じ、必要な情報提供を迅速かつ誠意を持って行います。

記

【介護保険法第百十五条の四十五の五第二項】

第百十五条の四十五の五

2 市町村長は、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一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百四十条の六十三の六】

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

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

(参考様式8)

サービス提供実施単位一覧表

曜日 時間	月	火	水	木	金	土	日	備考
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								

- 備考 1 曜日ごとにサービス提供単位の状況を記載してください。また、サービス提供単位ごとの利用定員を記載してください。なお、サービス提供単位の時間には、送迎の時間は含みません。
- 2 サービス提供単位ごとのサービス内容が分かるもの(日課表等)を添付してください。

受付番号

年 月 日

調布市長 宛

所在地
申請者 名称
代表者

調布市介護予防・日常生活支援総合事業事業費算定に係る体制等に関する届出書

このことについて、以下のとおり関係書類を添えて届出します。

申請者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種類別				法人所轄庁	
	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
	代表者の住所	(郵便番号 -) (ビルの名称等)				
事業所の状況	フリガナ 事業所の名称					
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 -) (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	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	(郵便番号 -) (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	管理者の氏名					
	管理者の住所	(郵便番号 -)				
届出を行う事業等	同一所在地において行う事業の種類	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)
	国基準訪問型サービス			1 新規 2 変更 3 終了		
	市基準訪問型サービス			1 新規 2 変更 3 終了		
	国基準通所型サービス			1 新規 2 変更 3 終了		
	市基準通所型サービス			1 新規 2 変更 3 終了		
介護保険事業所番号				(既に指定を受けている場合)		
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)		
特記事項	変更前			変更後		
	関係書類	別紙のとおり				
	記入者				連絡先	

備考

- 「受付番号」欄には記入しないでください。
- 「法人の種類別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「公益社団法人」、「公益財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。
- 「法人所轄庁」欄には、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入してください。
- 「実施事業」欄には、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 「指定年月日」は、新規の場合、記入不要です。
- 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字を「○」で囲んでください。
- 「異動項目」欄には、変更の場合に別紙「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。
- 「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。
- 「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。

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表

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

■訪問型サービス

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	LIFEへの登録	割引	
A2 国基準訪問型サービス			サービス提供責任者体制の減算	1 なし 2 あり	1 なし 2 あり	1 なし 2 あり
			特別地域加算	1 なし 2 あり		
			中山間地域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		
			中山間地域における小規模事業所加算(規模に関する状況)	1 非該当 2 該当		
			介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算I 5 加算II 2 加算III 3 加算IV 4 加算V		
			介護職員等特定処遇改善加算	1 なし 2 加算I 3 加算II		
A3 市基準訪問型サービス			介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算I 5 加算II 2 加算III 3 加算IV 4 加算V	/	/
			介護職員等特定処遇改善加算	1 なし 2 加算I 3 加算II		

■通所型サービス

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	LIFEへの登録	割引	
A6 国基準通所型サービス			職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 看護職員 3 介護職員	1 なし 2 あり	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		
			口腔機能向上加算	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 5 加算I 4 加算II 6 加算III		
			生活機能向上連携加算	1 なし 3 加算I 2 加算II		
			科学的介護推進体制加算	1 なし 2 あり		
			介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算I 5 加算II 2 加算III 3 加算IV 4 加算V		
			介護職員等特定処遇改善加算	1 なし 2 加算I 3 加算II		
A7 市基準通所型サービス			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		
			口腔機能向上加算	1 なし 2 あり		
			介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算I 5 加算II 2 加算III 3 加算IV 4 加算V		
			介護職員等特定処遇改善加算	1 なし 2 加算I 3 加算II		
備考欄						

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

サービス提供体制強化加算に関する届出書
(総合事業通所型サービス)

1 事業所名			
2 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了
3 届出項目	1 サービス提供体制強化加算 (I)	2 サービス提供体制強化加算 (II)	3 サービス提供体制強化加算 (III)

5 介護職員等の状況

(1) サービス提供体制強化加算 (I)

介護福祉士等の 状況	①に占める②の割合が70%以上		有・無
	① 介護職員の総数 (常勤換算)	人	
	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人	
	又は ①に占める③の割合が25%以上		有・無
③ ①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の総数 (常勤換算)	人		

(2) サービス提供体制強化加算 (II)

介護福祉士等の 状況	①に占める②の割合が50%以上		有・無
	① 介護職員の総数 (常勤換算)	人	
	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人	

(3) サービス提供体制強化加算 (III) ※介護福祉士等の状況、勤続年数の状況のうち、いずれか1つを満たすこと。

介護福祉士等の 状況	①に占める②の割合が40%以上		有・無
	① 介護職員の総数 (常勤換算)	人	
	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人	
勤続年数の状況	①に占める②の割合が30%以上		有・無
	① サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)	人	
	② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数 (常勤換算)	人	

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、保険者の定めに基づき、提出又は事業所に保管すること。