

令和5年度

介護保険施設等整備事業者募集要項

(様式編)

- ・ 特定施設入居者生活介護
- ・ 地域密着型サービス

P 1

P 15



## 特定施設入居者生活介護の指定に係る協議書

鹿児島市長 殿

法人名  
所在地  
代表者職  
氏名

特定施設入居者生活介護事業所の整備について、以下のとおり協議いたします。

事業所の名称

(仮称)

設置予定地

鹿児島市

事業所類型

添付書類

- ①特定施設入居者生活介護整備事業計画書 【別紙1】
- ②設置に当たっての資金計画書 【別紙2】
- ③市関係機関との協議状況について 【別紙3】
- ④施設予定地の土地登記簿謄本（取得予定の場合は売買契約書） 写し可
- ⑤平面図等の設計図面
- ⑥整備スケジュール
- ⑦施設予定地付近の地図（住宅地図）及び現地写真（4～5枚程度）
- ⑧設置予定法人の定款
- ⑨法人の決算書（直近の年度）
- ⑩暴力団排除に関する誓約・同意書 【様式第8】
- ⑪その他（施設パンフレット等）

連絡先	担当者名	
	所在地	
	電話番号	
	FAX番号	
	Eメールアドレス	



(2) 地域包括ケアシステム構築へ向けた取組み

① 地域住民との話合いの経過及び状況

(いつ、誰を対象として、どのような方法で説明を行ったか記入してください。)

※地域住民等の同意書及び説明の経過がわかる資料を添付してください。

② - 1 パブリックスペース等を活用した地域住民との交流活動・相談事業等の予定

② - 2 既存施設がある場合は、現在行っている交流活動等を記入してください。

(交流活動の実績が分かる資料を提出してください。)

③ 他サービスとの連携

(既存の介護サービスとの連携体制等を記入してください。)

(3) 運営内容等

1 実地指導等における指摘事項の改善状況

(過去5年間における法人及び介護サービス事業所等への指摘事項の改善状況を記入してください。)

--

2 介護人材の確保及び育成

① 開設に向けた職員確保の取組

(採用方法や開設までの採用計画を具体的に記入してください。)

--

② 介護職の魅力向上の取組

(インターシップの受入れ状況や学校等との連携状況を具体的に記入してください。)

--

③ 令和5年度の処遇改善加算・特定処遇改善加算の取得状況

処遇改善加算		(プルタブから選択してください)
特定処遇改善加算		(プルタブから選択してください)

④ 介護職員の定着状況 (前年度における採用人数・経験年数ごとの退職者数)

	正職員	パート
採用人数		

経験年数	1年以内	1年超～ 3年以内	3年超～ 5年以内	5年超
退職者数				

- ⑤ 具体的定着対策（就業規則、給与規程、人材育成、研修内容等）  
（法人で行っている職員の定着対策の内容を具体的に記入してください。）

- ⑥ 身体的負担軽減のための介護ロボットの導入状況  
（運営しているサービス事業所ごとに、使用している介護ロボットの種類、メーカー名を記入してください。既存サービスがない場合は導入予定で記入してください。）

- ⑦ 事務負担軽減のためのICTの導入状況  
（運営しているサービス事業所ごとに、使用しているICTの種類、メーカー名を記入してください。既存サービスがない場合は導入予定で記入してください。）

- ⑧ 平成30年度（7期計画）以降の虐待認定状況等

○虐待認定の状況  （プルタブから選択してください）  
※ ありの場合は、認定を受けた年度と虐待の状況を記入してください。

○虐待防止の指針整備  （プルタブから選択してください）  
※ 指針を整備している場合は、指針を添付してください

○虐待防止の研修状況  （プルタブから選択してください）  
※ 研修を行っている場合は、研修資料を添付してください。

3 サービスの質の向上について

①虐待・身体的拘束のないケアの実践

○身体的拘束適正化委員会の構成員に、第三者又は専門家（精神科専門医等）を活用しているか。

(プルタブから選択してください)

※活用している場合は、職名及び名前を記入してください。

職名

名前

○身体拘束等の適正化のための研修回数  回

※ 研修資料を添付してください。

○身体拘束等の適正化のための研修の実施方法

(実施しているものに「○」をしてください。複数回答可)

・資料の回覧

(プルタブから選択してください)

・職員による研修

(プルタブから選択してください)

・外部講師による研修

(プルタブから選択してください)

・研修ビデオ等を活用

(プルタブから選択してください)

○夜勤職員の負担軽減策

②-1 感染症対策研修の実施の有無

(プルタブから選択してください)

②-2 実施している場合は、令和4年度に実施した感染症対策研修の内容  
(事業所ごとに記入し、研修資料を添付してください。)

②-3 感染症に係る事業継続計画の策定状況

(プルタブから選択してください)

※ 計画書を添付してください。

③-1 災害対策に係る事業継続計画の策定状況

(プルタブから選択してください)

※ 計画書を添付してください。

③-2 避難訓練時の地域住民との連携体制の有無

(プルタブから選択してください)

③-3 非常用自家発電の有無

(プルタブから選択してください)

④ 法人がハラスメント対策として取組んでいる内容

(相談窓口の整備状況や研修等具体的な取組みを記入してください。)



#### 4 事故発生時の対応など

##### ①事故発生時の医療機関との連携体制

協力 医療 機関	名 称	所在地	診療科目	施設からの距離(km)
そ の 他				

##### ②事故対応マニュアルの策定状況

(プルタブから選  
択してください)

3. 開設予定地について

区分		所有区分		交渉状況		取得予定年月日		造成	
<input type="checkbox"/>	自己所有	<input type="checkbox"/>	公有地	<input type="checkbox"/>	取得済	年 月 日		<input type="checkbox"/>	不要
<input type="checkbox"/>	賃借	<input type="checkbox"/>	理事等縁故者	<input type="checkbox"/>	取得交渉中			<input type="checkbox"/>	造成済
<input type="checkbox"/>	無償貸与	<input type="checkbox"/>	一般個人	<input type="checkbox"/>	未交渉			<input type="checkbox"/>	選定後造成
<input type="checkbox"/>	その他 ( )	<input type="checkbox"/>	その他 ( )	<input type="checkbox"/>	その他 ( )				
取得予定金額		地目		抵当権の設定				面積	
円				<input type="checkbox"/>	あり	所有者		㎡	
				<input type="checkbox"/>	なし	抵当権者		※小数点第2位まで	
都市計画法による区分						規制状況			
① <input type="checkbox"/> 市街化区域		<input type="checkbox"/> 市街化調整区域		① 土地利用調整課への相談		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
② 用途地域		※都市計画課に確認して記入		② 都市計画課への相談		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
③ 都市計画区域外		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		③ 建築指導課への相談		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
④ 区画整理区域		<input type="checkbox"/> 区域内 <input type="checkbox"/> 区域外		④ 都市計画区域内		開発許可の必要		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
⑤ 「かごしまコンパクトなまちづくりプラン」の区域		<input type="checkbox"/> 都市機能誘導区域 <input type="checkbox"/> 居住誘導区域内		⑤ 都市計画区域外		開発審査会の必要		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 区域外		※都市計画課に確認して選択		農地転用等地目の変更相談		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
				⑥ 容積率制限				%	
				⑦ 建ぺい率制限				%	
交通機関等からの距離	会社名								
	バス停・電停・JR駅名			施設からの距離(m)					
	平日の便数(1日当たり)			土日の便数(1日当たり)					
避難所までの距離	市指定避難所名			施設からの距離(m)					
災害警戒への該当	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
警戒区域の種類	<input type="checkbox"/> 土砂災害警戒区域		<input type="checkbox"/> 洪水浸水想定区域		<input type="checkbox"/> その他 ( )				
併設施設等の状況(同じ日常生活圏内も含む)	施設名		サービス種別		設置主体				
	施設名		サービス種別		設置主体				
	施設名		サービス種別		設置主体				
その他の特記事項等 (特に住宅地から遠距離でないなど、施設の立地条件としてふさわしい事項等)									
(土砂災害警戒区域等危険区域内である場合は、防災工事の状況を併せて記載すること)									
協力医療機関	名称		所在地		診療科目		施設からの距離(km)		
歯科協力医療機関	名称		所在地		診療科目		施設からの距離(km)		

4. 開設予定施設について（特定施設の指定を受けようとする施設のみについて記載してください。）

施設名（仮称）										
定員数	定員	人								
入居者の要件	<input type="checkbox"/> 介護専用型	<input type="checkbox"/> 介護専用型以外								
サービスの提供形態	<input type="checkbox"/> 一般型	<input type="checkbox"/> 外部利用型（委託事業者名）								
居住の権利方式	<input type="checkbox"/> 利用権利式	<input type="checkbox"/> 賃貸借方式			<input type="checkbox"/> 終身建物賃貸借方式					
入居対象者（入居時の条件）	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 要支援			<input type="checkbox"/> 要介護					
開設（予定）時期	令和	年	月	日						
整備区分	<input type="checkbox"/> 新築	<input type="checkbox"/> 既存施設の改修			<input type="checkbox"/> 既存施設の転用		<input type="checkbox"/> その他（ ）			
構造	<input type="checkbox"/> 木造	<input type="checkbox"/> S造		<input type="checkbox"/> RC造		<input type="checkbox"/> SRC造		<input type="checkbox"/> その他（ ）		
建築面積	㎡		延床面積	㎡		階数	階建			
工期	ヶ月		総工費	円						
財産処分	<input type="checkbox"/> 補助事業者と協議済み			<input type="checkbox"/> 協議していない ※新築の場合は記入不要						
一般居室	室	介護居室			室	一時介護室		室		
食堂	室		㎡		機能訓練室		室		㎡	
健康管理室（医務室）	室	相談室（応接室）		室	事務室		室	宿直室		室
洗濯室	室	汚物処理室		室	看護・介護職員室		室			
便所	カ所（うち車いす対応 カ所）									
浴室	室（男女別 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）									
特殊浴槽	台	スポーツ・レクリエーション施設				室				
図書室	室	体験入居室		室	家族室		室			
その他										

居室の概要									
種類	室数		定員		広さ				
一般居室		室		人	㎡	～		㎡	
介護居室		室		人	㎡	～		㎡	
一時介護室		室		人	㎡	～		㎡	
合計	0	室	0	人					

5. 職員配置について（特定施設の指定を受けようとする施設のみについて記載してください）

	職種別の従事者の数、勤務形態			
	常勤	非常勤	合計	常勤換算人数
施設長	0 人	0 人	0 人	0 人
生活相談員	0 人	0 人	0 人	0 人
看護職員	0 人	0 人	0 人	0 人
介護職員	0 人	0 人	0 人	0 人
機能訓練指導員	0 人	0 人	0 人	0 人
計画作成担当者	0 人	0 人	0 人	0 人
栄養士	0 人	0 人	0 人	0 人
調理員	0 人	0 人	0 人	0 人
その他	0 人	0 人	0 人	0 人

6. 利用料等について（金額の単位はいずれも「千円」）

介護報酬以外の利用料等について（月額）	月額利用料		千円
	管理費		千円
	※管理費の積算根拠		
	光熱水費		千円
	※光熱水費の積算根拠		
	介護費用		千円
	※基準より人員配置が多いことにより手厚い介護をする場合の配置人員と内容を具体的に記載してください。		
	家賃相当額		千円
	※家賃の積算根拠		
その他 ( )		千円	
※その他の積算根拠			
合計		千円	
入居一時金について	入居一時金の額		千円
	入居一時金の名称		
	入居一時金の使途		
	償却方法		
	解約時の措置		
	保全措置		

## 設置に当たっての資金計画書

※自己資金を証明するものとして、金融機関発行の預金残高明細書等を添付してください。

## 1 建築の形態（単独／併設・合築の状況）

	延床面積（㎡）	割合（％）
特定施設本体	㎡	％
その他合築施設	㎡	％

## 2 設置に係る総事業費（併設施設がない場合は「総事業費」欄のみ記入）

## (1) 事業費内訳（金額の単位はいずれも「千円」）

		総事業費	うち特定施設事業費 (他施設と合築)	備考
土地取得関係費		千円	千円	
内訳	土地購入費	千円	千円	
	土地権利費（敷金等）	千円	千円	
	その他	千円	千円	
建物建設関係費		千円	千円	
内訳	建築費（改修費含む）	千円	千円	
	設計費	千円	千円	
	外構工事費	千円	千円	
	造成工事費	千円	千円	
	その他	千円	千円	
その他費用		千円	千円	
内訳	初年度調弁・備品購入費	千円	千円	
	運転資金（3ヶ月分）	千円	千円	
	その他	千円	千円	
事業費合計		千円	千円	

## (2) 財源内容（金額の単位はいずれも「千円」）

		総事業費	うち特定施設事業費 (他施設と合築)	備考
自己資金		千円	千円	
内訳	法人預金	千円	千円	預金残高証明書を添付
	その他	千円	千円	
借入金（元金を記入）		千円	千円	
その他		千円	千円	
内訳	寄付金	千円	千円	理事会議事録、念書等を添付
	出資金	千円	千円	理事会議事録、念書等を添付
	その他	千円	千円	
財源内訳計		千円	千円	

3 開設から10年間程度の収支計画（金額の単位はいずれも「千円」）

※人件費、物件費等の変動や建物修繕費等を適切に見込んで作成してください。

年度	収入見込		支出見込		収支見込額	
年度		千円		千円		千円
年度		千円		千円		千円
年度		千円		千円		千円
年度		千円		千円		千円
年度		千円		千円		千円
年度		千円		千円		千円
年度		千円		千円		千円
年度		千円		千円		千円
年度		千円		千円		千円
年度		千円		千円		千円
年度		千円		千円		千円
合計		千円		千円		千円

4 借入金の償還計画（借入金がある場合のみ記入）

（1）借入金に対する償還計画（記載欄が足りない場合は適宜追加してください）

償還年次	償還額（単位：千円）			予定している返還財源	
	元金	利息	合計		
1		千円		千円	
2		千円		千円	
3		千円		千円	
4		千円		千円	
5		千円		千円	
6		千円		千円	
7		千円		千円	
8		千円		千円	
9		千円		千円	
10		千円		千円	
合計		千円		千円	

別途借入金償還計画表を作成している場合は、そちらを添付してください（上記への記入不要）

（2）金融機関との折衝状況（該当するものに☑してください）

- 書面による確約を得ている（融資証明書、合意書等を添付してください）  
 口頭による確約を得ている                       現在折衝中または今後折衝する予定

## 市関係機関との協議状況について

## 1. 土地利用に係る関係機関との事前相談の状況（土地利用調整課等）

土地利用に関して関係機関との協議が必要な場合は、都市計画法、地区協定、農業振興地域制度等の各種法令の適用状況及び指導の概要などをご記入ください。

日時	相談・協議相手	相談・協議の概要（各種法令の適用状況、指導の内容等）
今後の予定	相談・協議相手	相談・協議の概要（各種法令の適用状況、指導の内容等）

## 2. 建築に係る関係機関との事前相談の状況（建築指導課、消防局等）

建築に関して、建築基準法、消防法等各種法令の適用状況及び関係機関の指導概要を記入してください。

日時	相談・協議相手	相談・協議の概要（各種法令の適用状況、指導の内容等）
今後の予定	相談・協議相手	相談・協議の概要（各種法令の適用状況、指導の内容等）

※記入欄が足りない場合は適宜追加してください

【様式第8】

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

法人名  
所在地  
代表者職・氏名 印

暴力団排除に関する誓約・同意書

令和5年度介護保険施設等整備事業者の応募に当たり、下記のいずれにも該当しないことを誓約します。

また、下記の該当の有無を確認するために、鹿児島市から役員名簿等の提出を求められたときは速やかに提出し、当該役員名簿等及び申請書等に記載された情報が鹿児島県警察に提供されることについて同意します。

記

- (1) 鹿児島市暴力団排除条例（平成26年鹿児島市条例第4号）第2条第1号に規定する暴力団及び同条第2号に規定する暴力団員
- (2) 役員等が暴力団員であるなど、暴力団又は暴力団員が、その経営を実質的に支配している法人
- (3) 役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正な利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用している法人
- (4) 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して、金銭、物品その他の財産上の利益を不当に提供し、又は便宜を供与するなど直接的又は積極的に暴力団の運営に協力し、又は関与している法人
- (5) 役員等が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している法人
- (6) 役員等が、暴力団又は暴力団員であることを知りながら不当な行為をするためにこれらを利用している法人
- (7) 前各号のいずれかに該当する法人等であることを知りながら当該法人等と取引をしている法人



施設整備協議提出書類一覧表（地域密着型サービス）

項 目	要	有	無
1 地域密着型サービス等の申請様式及び添付書類一覧表（本表）	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 地域密着型サービス事業者指定協議書（様式第1）	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 市関係機関との協議状況について（様式第2）	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 地元住民への説明状況について（様式第3）	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 設置に当たっての資金計画等（様式第4）	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
金融機関発行の預金残高明細書	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
理事会議事録、念書等（寄付金・出資金がある場合）	△	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
融資証明書（金融機関から書面による確約を得ている場合）	△	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 地域密着型サービス事業者指定協議に係る調査票（様式第5）	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域住民との交流活動内容が分かる資料（既存事業所で実施している場合）	△	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
虐待防止の指針（既存事業所で整備している場合）	△	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
虐待防止の研修資料（既存事業所で行っている場合）	△	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
身体拘束等の適正化のための研修資料（既存事業所で行っている場合）	△	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
令和4年度に実施した感染症対策研修資料（既存事業所で行っている場合）	△	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感染症に係る事業継続計画（策定している場合）	△	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
災害対策に係る事業継続計画（策定している場合）	△	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 事業所の指定に係る記載事項（該当するサービスの付表）	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
付表2-1（単独型・併設型）認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護			
付表2-2（共用型）認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護			
付表3 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護			
付表4 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護			
付表7 定期巡回・随時対応型訪問介護看護			
付表8 看護小規模多機能型居宅介護			
8 法人関係			
法人定款	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
法人登記事項証明書	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
役員一覧（氏名、住所、生年月日、役職）（任意様式）	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
法人の職員一覧（氏名、年齢、職名、保有資格、法人での勤務年数、常勤・非常勤の別）（任意様式）	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
誓約書（様式第6）	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
暴力団排除に関する誓約・同意書（様式第7）	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
市税・県税・国税・社会保険料に関する納税証明書又は滞納がないことの証明書	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
直近3か年分の法人収支決算書及び貸借対照表 （※補助金の活用がない場合は直近1年分）	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
法人の負債状況一覧	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
就業規則、賃金規程	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 用地・建物関係			
予定地周辺の地図	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
現況写真	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
最寄り駅・バス停の時刻表	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
土地に関する不動産登記事項証明書及び字図	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
建物に関する不動産登記事項証明書（※既存施設を活用する場合のみ）	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
平面図、立面図、建物配置図（A3図面）	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居室面積一覧表（様式第8）	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ ○は提出必須です。△は場合に応じて提出してください。

令和 5 年度 地域密着型サービス事業者指定協議書

法人名  
所在地  
代表者職  
氏名

法人設立 年月日	年 月 日			
法人沿革				
主な事業 内容 (事業開始 年月)				
協議を行う 事業所住所	日常生活 圏域			
事業所 の名称				
サービスの 種類	協議を行う事業の種類		実施事業	事業開始予定年月日
	地域密着型 サービス	夜間対応型訪問介護		
		認知症対応型通所介護		
		小規模多機能型居宅介護		
		認知症対応型共同生活介護		
		地域密着型特定施設入居者生活介護		
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
	看護小規模多機能型居宅介護			
	地域密着型 介護予防 サービス	介護予防認知症対応型通所介護		
介護予防小規模多機能型居宅介護				
介護予防認知症対応型共同生活介護				
他自治体への協議状況		本年度、本市以外の他自治体とも類似の協議を行って <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		

法人名

取得状況等											
区分		所有区分		交渉状況		取得予定年月日		造成			
<input type="checkbox"/>	自己所有	<input type="checkbox"/>	公有地	<input type="checkbox"/>	取得済	年 月 日		<input type="checkbox"/>	不要		
<input type="checkbox"/>	賃借	<input type="checkbox"/>	理事等縁故者	<input type="checkbox"/>	取得交渉中			<input type="checkbox"/>	造成済		
<input type="checkbox"/>	無償貸与	<input type="checkbox"/>	一般個人	<input type="checkbox"/>	未交渉			<input type="checkbox"/>	選定後造成		
<input type="checkbox"/>	その他 ( )	<input type="checkbox"/>	その他 ( )	<input type="checkbox"/>	その他 ( )						
取得予定金額		地目		抵当権の設定				面積			
円				<input type="checkbox"/>	あり	所有者		㎡			
				<input type="checkbox"/>	なし	抵当権者					
都市計画法による区分					規制状況						
① <input type="checkbox"/> 市街化区域		<input type="checkbox"/> 市街化調整区域			① 土地利用調整課への相談		<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
② 用途地域		※都市計画課に確認して記入			② 都市計画課への相談		<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
③ 都市計画区域外		<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>	非該当	③ 建築指導課への相談		<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
④ 区画整理区域		<input type="checkbox"/>	区域内	<input type="checkbox"/>	区域外	④ 都市計画区域内					
⑤ 「かごしまコンパクトなまちづくりプラン」の区域					開発許可の必要		<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
<input type="checkbox"/> 都市機能誘導区域		<input type="checkbox"/> 居住誘導区域内			開発審査会の必要		<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
<input type="checkbox"/> 区域外		※都市計画課に確認して選択			⑤ 都市計画区域外						
					農地転用等地目の変更相談		<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
					⑥ 容積率制限						
					⑦ 建ぺい率制限						
交通機関等からの距離		会社名									
		バス停・電停・JR駅名		施設からの距離(m)		m					
		平日の便数(1日当たり)		土日の便数(1日当たり)							
避難所までの距離		市指定避難所名		施設からの距離(m)		m					
災害警戒への該当		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
警戒区域の種類		<input type="checkbox"/> 土砂災害警戒区域 <input type="checkbox"/> 洪水浸水想定区域 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
近隣にある同種のサービス事業所(半径2km以内)		施設名		サービス種別		施設からの距離(m)		m			
		施設名		サービス種別		施設からの距離(m)		m			
		施設名		サービス種別		施設からの距離(m)		m			
その他の特記事項等 (特に住宅地から遠距離でないなど、施設の立地条件としてふさわしい事項等)											
(土砂災害警戒区域等危険区域内である場合は、防災工事の状況を併せて記載すること)											
建物											
整備区分		<input type="checkbox"/> 新築 <input type="checkbox"/> 既存施設の改修 <input type="checkbox"/> 既存施設の転用 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
構造		<input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> S造 <input type="checkbox"/> RC造 <input type="checkbox"/> SRC造 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
建築面積		㎡		延床面積		㎡		階数		階建	
工期		ヶ月		総工費		円		パブリックスペース		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
財産処分		<input type="checkbox"/> 補助事業者と協議済み <input type="checkbox"/> 協議していない ※新築の場合は記入不要									
関係機関との連携状況											
協力医療機関	名称		所在地			診療科目		施設からの距離(km)			
								m			
歯科協力医療機関	名称		所在地			診療科目		施設からの距離(km)			
								m			
その他											
連絡先											
担当者名											
所在地											
電話番号											
FAX番号											
Eメール											

土地の状況

建物

関係機関との連携状況

連絡先

## 様式第2

## 市関係機関との協議状況について

## 1 土地利用に係る関係機関との事前相談の状況（土地利用調整課等）

土地利用に関して関係機関との協議が必要な場合は、都市計画法、地区協定、農業振興地域制度等の各種法令の適用状況及び指導の概要などをご記入ください。

日時	相談・協議相手	相談・協議の概要（各種法令の適用状況、指導の内容等）
今後の予定	相談・協議相手	相談・協議の概要（各種法令の適用状況、指導の内容等）

## 2 建築に係る関係機関との事前相談の状況（建築指導課、消防局等）

建築に関して、建築基準法、消防法等各種法令の適用状況及び関係機関の指導概要を記入してください。

日時	相談・協議相手	相談・協議の概要（各種法令の適用状況、指導の内容等）
今後の予定	相談・協議相手	相談・協議の概要（各種法令の適用状況、指導の内容等）

※ 記入欄が足りない場合は、適宜追加してください。

鹿児島市長 殿

法人名  
所在地  
代表者職  
氏名

--

地元住民への説明状況について

第8期鹿児島市高齢者保健福祉・介護保険事業計画に基づく地域密着型サービス事業所の整備に関し、下記のとおり地元住民へ説明をし、同意を得ています。

開設予定地		
説明した地区		
説明した期間	令和 年 月 日	～ 月 日
説明した人数	人	
同意事項	施設建設	
	進入路	
	排水路	
説明内容		

設置に当たっての資金計画等

法人名

1 建築の形態（単独／併設・合築の状況）

	延床面積（㎡）	割合（％）
協議対象施設		
その他合築施設		

2 設置に係る総事業費（併設施設がない場合は「総事業費」欄のみ記入）

(1) 事業費内訳

(単位：千円)

		総事業費	うち協議対象施設	備考
土地取得関係費 A		千円	千円	
内訳	土地購入費			
	土地権利費（敷金等）			
	その他			
建物建設関係費 B		千円	千円	
内訳	建築費（改修費含む）			
	設計費			
	外構工事費			
	造成工事費			
	その他			
その他費用 C		千円	千円	
内訳	初年度調弁・備品購入費			
	運転資金（3ヶ月分）			
	その他			
事業費合計 D=A+B+C		千円	千円	

(2) 財源内容

※自己資金を証明するものとして、金融機関発行の預金残高明細書等を添付してください。

(単位：千円)

		総事業費 D	うち協議対象施設	備考
自己資金		千円	千円	
内訳	法人預金			預金残高証明書を添付
	その他			
借入金（元金を記入）				
その他		千円	千円	
内訳	寄付金			理事会議事録、念書等を添付
	出資金			理事会議事録、念書等を添付
	その他			
財源内訳計		千円	千円	

3 開設から10年間の収支計画

(単位：千円)

年度	収入見込		支出見込					収支見込
	介護報酬	その他	人件費	償還金	光熱水費	材料費	その他	
合計	千円	千円	千円	千円	千円	千円	千円	千円

4 借入金の償還計画（借入金がある場合のみ記入）

(1) 借入金に対する償還計画（記載欄が足りない場合は適宜追加してください）

(単位：千円)

償還年	償還額			予定している財源
	元金	利息	合計	
1			千円	
2			千円	
3			千円	
4			千円	
5			千円	
6			千円	
7			千円	
8			千円	
9			千円	
10			千円	
合計	千円	千円	千円	

別途借入金償還計画表を作成している場合は、そちらを添付してください（上記への記入不要）

(2) 金融機関との折衝状況（該当するものに☑してください）

- 書面による確約を得ている（融資証明書、合意書等を添付してください）
- 口頭による確約を得ている       現在折衝中または今後折衝する予定

(3) 補助金活用の希望（該当するものに☑してください）

- あり       なし

(4) 福祉医療機構からの融資希望（該当するものに☑してください）

- あり       なし

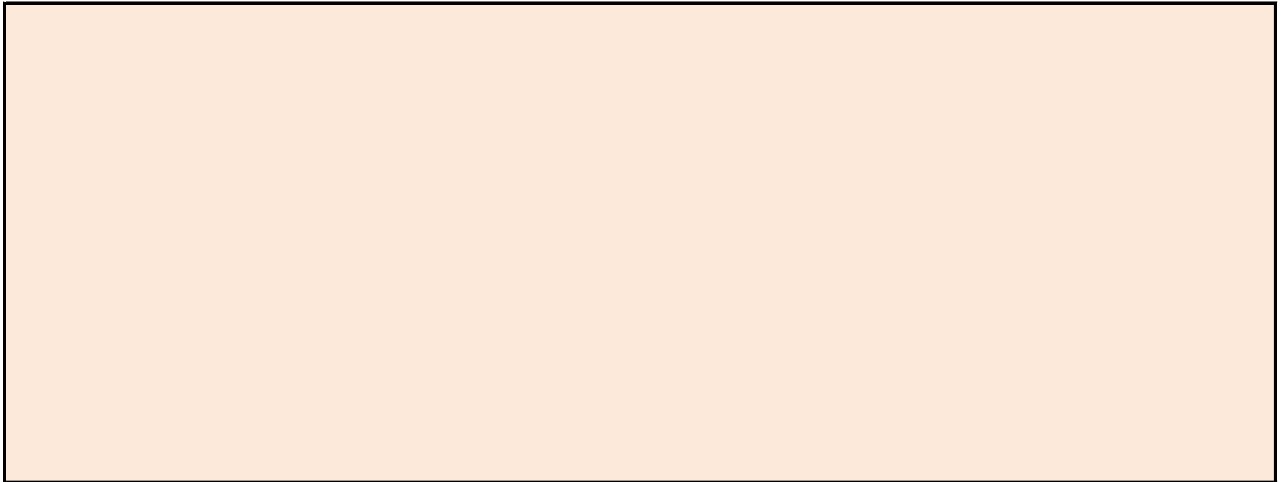
## 令和5年度地域密着型サービス事業者指定協議に係る調査票

事業所の名称		法人名	
協議を行う事業所住所		施設種別	
1 応募の目的、運営理念			
(今回の応募の目的、法人の運営理念を具体的かつ簡潔に記載する。)			

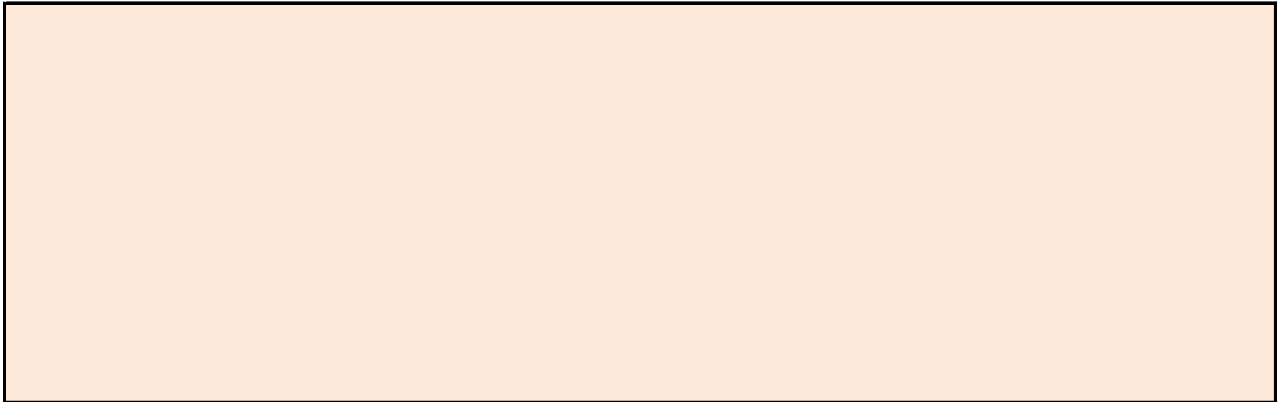


## 2 地域包括ケアシステム構築へ向けた取組み

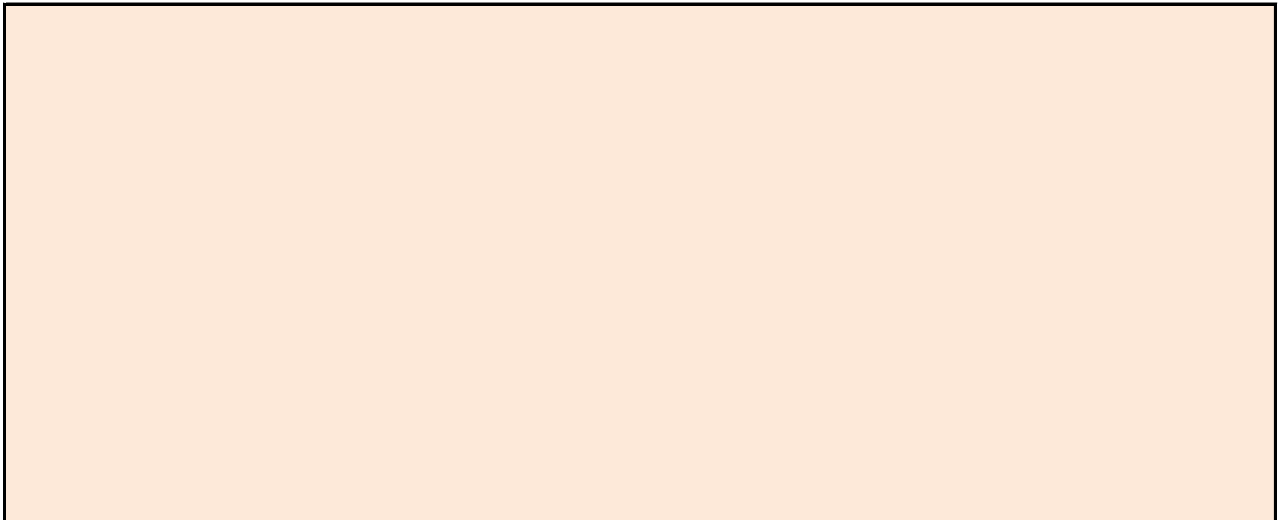
### ① - 1 パブリックスペース等を活用した地域住民との交流活動・相談事業等の予定



### ① - 2 既存施設がある場合は、現在行っている交流活動等を記入してください。 (交流活動の実績が分かる資料を提出してください。)



### ③他サービスとの連携 (既存の介護サービスとの連携体制等を記入してください。)



### 3 運営内容等

#### 1 実地指導等における指摘事項の改善状況

(過去5年間における法人及び介護サービス事業所等への指摘事項の改善状況を記入してください。)

--

#### 2 介護人材の確保及び育成

##### ①開設に向けた職員確保の取組

(採用方法や開設までの採用計画を具体的に記入してください。)

--

##### ②介護職の魅力向上の取組

(インターンシップの受入れ状況や学校等との連携状況を具体的に記入してください。)

--

##### ③令和5年度の処遇改善加算・特定処遇改善加算の取得状況

処遇改善加算		(プルタブから選択してください)
特定処遇改善加算		(プルタブから選択してください)

##### ④介護職員の定着状況(前年度における採用人数・経験年数ごとの退職者数)

	正職員	パート
採用人数		

経験年数	1年以内	1年超~3年以内	3年超~5年以内	5年超
退職者数				

⑤ 具体的定着対策（就業規則、給与規程、人材育成、研修内容等）  
（法人で行っている職員の定着対策の内容を具体的に記入してください。）

⑥ 身体的負担軽減のための介護ロボットの導入状況  
（運営しているサービス事業所ごとに、使用している介護ロボットの種類、メーカー名を記入してください。既存サービスがない場合は導入予定で記入してください。）

⑦ 事務負担軽減のためのICTの導入状況  
（運営しているサービス事業所ごとに、使用しているICTの種類、メーカー名を記入してください。既存サービスがない場合は導入予定で記入してください。）

⑧ 平成30年度（7期計画）以降の虐待認定状況等

○ 虐待認定の状況  （プルタブから選択してください）  
※ ありの場合は、認定を受けた年度と虐待の状況を記入してください。

○ 虐待防止の指針整備  （プルタブから選択してください）  
※ 法人で指針を整備している場合は、指針を添付してください

○ 虐待防止の研修状況  （プルタブから選択してください）  
※ 法人で研修を行っている場合は、研修資料を添付してください。

3 サービスの質の向上について

① 虐待・身体的拘束のないケアの実践

○身体的拘束適正化委員会の構成員に、第三者又は専門家（精神科専門医等）を活用しているか。  (プルタブから選択してください)

※活用している場合は、職名及び名前を記入してください。

職名  名前

○身体拘束等の適正化のための研修回数  回

※ 研修資料を添付してください。

○身体拘束等の適正化のための研修の実施方法

(実施しているものに「○」をしてください。複数回答可)

- ・ 資料の回覧  (プルタブから選択してください)
- ・ 職員による研修  (プルタブから選択してください)
- ・ 外部講師による研修  (プルタブから選択してください)
- ・ 研修ビデオ等を活用  (プルタブから選択してください)

○夜勤職員の負担軽減策

②-1 感染症対策研修の実施の有無  (プルタブから選択してください)

②-2 実施している場合は、令和4年度に実施した感染症対策研修の内容  
(事業所ごとに記入し、研修資料を添付してください。)

②-3 感染症に係る事業継続計画の策定状況  (プルタブから選択してください)  
※ 計画書を添付してください。

③-1 災害対策に係る事業継続計画の策定状況  (プルタブから選択してください)  
※ 計画書を添付してください。

③-2 避難訓練時の地域住民との連携体制の有無  (プルタブから選択してください)

③-3 非常用自家発電の有無  (プルタブから選択してください)

④ 法人がハラスメント対策として取組んでいる内容

(相談窓口の整備状況や研修等具体的な取組みを記入してください。)

認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護の指定協議を行う事業者のみ

1 予定している利用料金

宿泊料（1日当たり）			円
食材費 （1日当たり）	朝		円
	昼		円
	夜		円
	おやつ		円
光熱水費			円
その他 （項目ごと）			円
			円
			円

2 低所得者向け利用料金の設定

あり  なし

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定協議を行う事業者のみ

利用者状況を蓄積する機器等及び利用者からの通報を受ける通信機器等の概要について記入してください。

1 利用者状況を蓄積する機器等の概要（メーカーやソフト名、導入見込み費用）

メーカー名		
ソフト名		
導入見込み費用		円

2 利用者からの通報を受ける通信機器等の概要（メーカー名、台数、導入見込み費用）

メーカー名		
台数		
導入見込み費用		円

誓約書

鹿児島市長 殿

申請者 (名称)

[Redacted area]

(代表者の職名・氏名)

[Redacted area]

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

	別紙①：地域密着型サービス事業所向け
	別紙②：地域密着型介護予防サービス事業所向け

(該当に○)

## (別紙①：地域密着型サービス事業所向け) 介護保険法第78条の2第4項

- 一 申請者が市町村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、第七十八条の四第一項の市町村の条例で定める基準若しくは 同項の市町村の条例で定める員数又は同条第五項に規定する指定地域密着型サービスに従事する従業者に関する基準を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第七十八条の四第二項又は第五項に規定する指定地域密着型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地域密着型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 当該申請に係る事業所が当該市町村の区域の外にある場合であって、その所在地の市町村長（以下この条において「所在地市町村長」という。）の同意を得ていないとき。
- 四の二 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。
- 五 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。
- 五の二 申請者が、労働に関する法律の規定であっ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。
- 五の三 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた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三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を引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、第七十八条の十（第二号から第五号までを除く。）の規定により指定（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所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等であっ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六十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、指定地域密着型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地域密着型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地域密着型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。
- 六の二 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、第七十八条の十（第二号から第五号までを除く。）の規定により指定（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定に限る。）を取り消され、その取消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等であっ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六十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、指定地域密着型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地域密着型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地域密着型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。
- 六の三 申請者と密接な関係を有する者（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者と密接な関係を有する者を除く。）が、第七十八条の十（第二号から第五号までを除く。）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ていないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型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地域密着型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地域密着型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。
- 七 申請者が、第七十八条の十（第二号から第五号までを除く。）の規定による指定の取消し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七十八条の五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。）又は第七十八条の八の規定による指定の辞退をした者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出又は指定の辞退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 前号に規定する期間内に第七十八条の五第二項の規定による事業の廃止の届出又は第七十八条の八の規定による指定の辞退があった場合において、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。）の役員等若しく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又は当該指定の辞退に係る法人（当該指定の辞退について相当の理由があるものを除く。）の役員等若しくは当該指定の辞退に係る法人でない事業所（当該指定の辞退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、当該届出又は指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 八 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。
- 九 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所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の二から第六号まで又は前三号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所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の二から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第八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（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所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の二から第六号まで又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。
- 十二 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所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の二から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。

(別紙②)：地域密着型介護予防サービス事業所向け)  
介護保険法第115条の12第2項

- 一 申請者が市町村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、第百十五条の十四第一項の市町村の条例で定める基準若しくは同項の市町村の条例で定める員数又は同条第五項に規定する指定地域密着型介護予防サービスに従事する従業者に関する基準を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第百十五条の十四第二項又は第五項に規定する指定地域密着型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地域密着型介護予防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地域密着型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。
- 四 当該申請に係る事業所が当該市町村の区域の外にある場合であって、その所在地の市町村長の同意を得ていないとき。
- 四の二 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。
- 五 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。
- 五の二 申請者が、労働に関する法律の規定であっ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。
- 五の三 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた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三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を引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者（介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、第百十五条の十九（第二号から第五号までを除く。）の規定により指定（介護予防認知症対応型共同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等であっ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六十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、指定地域密着型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地域密着型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地域密着型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。
- 六の二 申請者（介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、第百十五条の十九（第二号から第五号までを除く。）の規定により指定（介護予防認知症対応型共同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った日前六十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五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六十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、指定地域密着型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地域密着型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地域密着型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。
- 六の三 申請者と密接な関係を有する者が、第百十五条の十九（第二号から第五号までを除く。）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ていないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型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地域密着型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地域密着型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。
- 七 申請者が、第百十五条の十九（第二号から第五号までを除く。）の規定による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百十五条の十五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。）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。
- 七の二 前号に規定する期間内に第百十五条の十五第二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。）の管理者であった者で、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。
- 八 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。
- 九 申請者（介護予防認知症対応型共同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の二から第六号まで又は前三号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十 申請者（介護予防認知症対応型共同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の二から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第八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（介護予防認知症対応型共同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の二から第六号まで又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。
- 十二 申請者（介護予防認知症対応型共同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の二から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。



令和 0 年 0 月 0 日

鹿児島市長 殿

法人名  
所在地  
代表者職  
氏名

印

### 暴力団排除に関する誓約・同意書

令和5年度地域密着型サービス事業所整備事業者の応募に当たり、下記のいずれにも該当しないことを誓約します。

また、下記の該当の有無を確認するために、鹿児島市から役員名簿等の提出を求められたときは速やかに提出し、当該役員名簿等及び申請書等に記載された情報が鹿児島県警察に提供されることについて同意します。

#### 記

- (1) 鹿児島市暴力団排除条例（平成26年鹿児島市条例第4号）第2条第1号に規定する暴力団及び同条第2号に規定する暴力団員
- (2) 役員等が暴力団員であるなど、暴力団又は暴力団員が、その経営を実質的に支配している法人
- (3) 役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正な利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用している法人
- (4) 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して、金銭、物品その他の財産上の利益を不当に提供し、又は便宜を供与するなど直接的又は積極的に暴力団の運営に協力し、又は関与している法人
- (5) 役員等が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している法人
- (6) 役員等が、暴力団又は暴力団員であることを知りながら不当な行為をするためにこれらを利用している法人
- (7) 前各号のいずれかに該当する法人等であることを知りながら当該法人等と取引をしている法人



付表 2-1 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（単独型・併設型）

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	（郵便番号 ー ） 県 郡市				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
		Email				
事業の実施形態						
管理者	フリガナ			住所	（郵便番号 ー ）	
	氏名					
	生年月日					
	当該認知症対応型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		事業所番号	
		兼務する職種 及び勤務時間等		-----		
○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	
常勤（人）						
非常勤（人）						
○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		㎡				
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）				
添付書類		別添のとおり				

（認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	（郵便番号 ー ） 県 郡市			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
		Email			
○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		㎡			
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）			

- 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 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。  
 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。  
 4 当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

付表 2-2 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（共用型）

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡市				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
		Email				
本体事業種別						
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 ー )
	氏名					
	生年月日					
	当該認知症対応型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		事業所番号		
	兼務する職種 及び勤務時間等		-----			
○人員に関する基準の確認に必要な事項						
本体の事業所等の入居者を含めた利用者数		人				
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)						
○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		㎡				
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)					
添付書類	別添のとおり					

(認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡市				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
		Email				
○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		㎡				
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)					

- 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 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。  
 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。  
 4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

付表3 小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 ー ) 県 都市			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
	Email				
併設施設等					
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 ー )
	氏名				
	生年月日				
	当該小規模多機能型居宅介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				
併設する施設等の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)		名称		事業所番号	
		兼務する職種 及び勤務時間等			
療協 機力 関医	名称			主な診療科名	
	名称			主な診療科名	
○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	介護従業者		うち看護職員		介護支援専門員
		専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)				
	非常勤(人)				
常勤換算後の人数(人)					
通いサービスの利用者数(推定数を記入)			人		
○設備に関する基準の確認に必要な情報					
居間及び食堂の合計面積				m <sup>2</sup>	
個室以外の宿泊室の合計面積				m <sup>2</sup>	宿泊サービスの利用定員から 個室の定員数を減じた数
登録定員				人	
通いサービスの利用定員				人	宿泊サービスの利用定員
建物の構造					
添付書類		別添のとおり			

(小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護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)

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 ー ) 県 都市			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
	Email				
○設備に関する基準の確認に必要な情報					
居間及び食堂の合計面積				m <sup>2</sup>	
個室以外の宿泊室の合計面積				m <sup>2</sup>	宿泊サービスの利用定員から 個室の定員数を減じた数
登録定員				人	
通いサービスの利用定員				人	宿泊サービスの利用定員
建物の構造					

- 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 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。  
 3 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。  
 4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

付表4 認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 ー ) 県 都市				
	連絡先	電話番号			FAX 番号	
		Email				
管理	フリガナ			住所		
	氏名					
	生年月日					
管理者	当該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			事業所番号	
		兼務する職種及び勤務時間等				
協力医療機関	名称				主な診療科名	
	名称				主な診療科名	
○人員に関する基準の確認に必要な事項						
共同生活住居数	戸	①		②		計画作成担当者
従業者の職種・員数		介護従業者		介護従業者		
		専従	兼務	専従	兼務	
常勤(人)						
非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)						
利用者数(推定数を記入)	人	人	人	人	人	
利用定員		人	人	人	人	
○設備に関する基準の確認に必要な事項						
建物の構造						
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 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

3 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。

付表 7 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡市									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 ー )				
	氏名										
	生年月日										
	他事業所の従業者との兼務の有無					事業所の名称					
連携する訪問看護事業所 (連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施する場合のみ記載)						名称					
						住所	(郵便番号 ー )				
○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	訪問介護員等				オペレーター		看護職員		うち計画作成責任者		
	定期巡回サービス		随時訪問サービス								
	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)											
添付書類		別添のとおり									

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡市									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
		Email									

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、遮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 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

付表 8 看護小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	Email					
併設施設等						
訪問看護事業所の指定の有無	名称	種別	事業所番号			
管理者	フリガナ			(郵便番号 - )		
	氏名			住所		
	生年月日					
	事業所内の従業者との兼務の有無			(職種: )		
	他事業所の従業者との兼務の有無			事業所の名称		
			事業所番号			
			兼務する職種及び勤務時間等			
療協機力関医	名称			主な診療科名		
	名称			主な診療科名		
○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		介護従事者		うち看護職員		
		専従	兼務	専従	兼務	
常勤(人)						
非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)						
通いサービスの利用者数(推定数を記入)				人		
○設備に関する基準の確認に必要な事項						
居間及び食堂の合計面積				m <sup>2</sup>		
個室の宿泊室				室	うち床面積6.4m <sup>2</sup> 以上7.43m <sup>2</sup> 未満の宿泊室(病院又は診療所である場合) 室	
個室以外の宿泊室の合計面積				m <sup>2</sup>	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数 人	
登録定員				人		
通いサービスの利用定員				人	宿泊サービスの利用定員 人	
建物の構造						
添付書類		別添のとおり				

(看護小規模多機能型居宅介護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)

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	Email					
○設備に関する基準の確認に必要な事項						
居間及び食堂の合計面積				m <sup>2</sup>		
個室の宿泊室				室	うち床面積6.4m <sup>2</sup> 以上7.43m <sup>2</sup> 未満の宿泊室(病院又は診療所である場合) 室	
個室以外の宿泊室の合計面積				m <sup>2</sup>	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数 人	
登録定員				人		
通いサービスの利用定員				人	宿泊サービスの利用定員 人	
建物の構造						

- 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 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。  
 3 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。  
 4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。