

令和6年度

地域密着型サービス事業所整備事業者募集要項

(様式編)

地域密着型サービス事業者指定協議提出書類一覧表

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）	○	□	□
2 地域密着型サービス事業者指定協議書（様式第1）	○	□	□
3 市関係機関との協議状況について（様式第2）	○	□	□
4 地元住民への説明状況について（様式第3）	○	□	□
5 設置に当たっての資金計画等（様式第4）	○	□	□
金融機関発行の預金残高明細書	○	□	□
理事会議事録、念書等（寄付金・出資金がある場合）	△	□	□
融資証明書（金融機関からの借入を予定している場合）	△	□	□
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）	○	□	□
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）	△	□	□
虐待防止の指針（既存事業所で整備している場合）	△	□	□
虐待防止の研修資料（既存事業所で行っている場合）	△	□	□
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）	△	□	□
令和5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）	△	□	□
感染症に係る事業継続計画（策定している場合）	△	□	□
災害対策に係る事業継続計画（策定している場合）	△	□	□
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）	○	□	□
付表第二号（一） 定期巡回・随時対応型訪問介護看護			
付表第二号（二） 夜間対応型訪問介護			
付表第二号（四）（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			
付表第二号（五）（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			
付表第二号（六） 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			
付表第二号（十） 看護小規模多機能型居宅介護			
8 法人関係			
法人定款	○	□	□
法人登記事項証明書	○	□	□
役員一覧（氏名、住所、生年月日、役職）（任意様式）	○	□	□
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）	○	□	□
誓約書（様式第6）	○	□	□
暴力団排除に関する誓約・同意書（様式第7）	○	□	□
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	○	□	□
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）	○	□	□
法人の負債状況一覧	○	□	□
就業規則、賃金規程	○	□	□
9 用地・建物関係			
予定地周辺の地図	○	□	□
現況写真	○	□	□
最寄り駅・バス停の時刻表	○	□	□
土地に関する不動産登記事項証明書及び字図	○	□	□
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）	○	□	□
平面図、立面図、建物配置図（A3図面）	○	□	□
居室面積一覧表（様式第8）	○	□	□

※ ○は提出必須です。△は場合に応じて提出してください。

令和 6 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	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	
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							
	介護予防 地域密着型 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"/> 所有者				m ²													
		<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 ② 用途地域 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ※都市計画課に確認して記入 ③ 都市計画区域外 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 ④ 区画整理区域 <input type="checkbox"/> 区域内 <input type="checkbox"/> 区域外 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 <input type="checkbox"/> 区域外 ※都市計画課に確認して選択					① 土地利用調整課への相談 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ② 都市計画課への相談 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ③ 建築指導課への相談 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 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 開発審査会の必要 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 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 <input type="checkbox"/> % ⑦ 建ぺい率制限 <input type="checkbox"/> %														
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)														
駐車場台数(家族向け)		台																	
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 ()																	
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)													
		施設名		サービス種別		施設からの距離(m)													
		施設名		サービス種別		施設からの距離(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	m ²		延床面積		m ²		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		m ²
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)		
										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)		
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

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

[Redacted area for company information]

地元住民への説明状況について

第9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等へ説明をし、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。

※補助金については、支出を確約するものではなく、補助が可能な場合でも、法人で購入後、領収証等を審査して、支出を行います。そのため、補助金で支出するものがある場合、自己資金での購入であれば自己資金の欄、借入金での購入であれば借入金の欄に記載し、備考欄に内訳を記載してください。

(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)

償還年次	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) 民間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
- 借入なし

※口頭による確約、現在折衝中の場合は、本協議書提出期限後、1か月以内に確約書を提出してください。

(3) 補助金活用の希望（該当するものに☑してください）

- 施設開設準備に関する補助金 あり なし
- 施設建設に関する補助金 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）

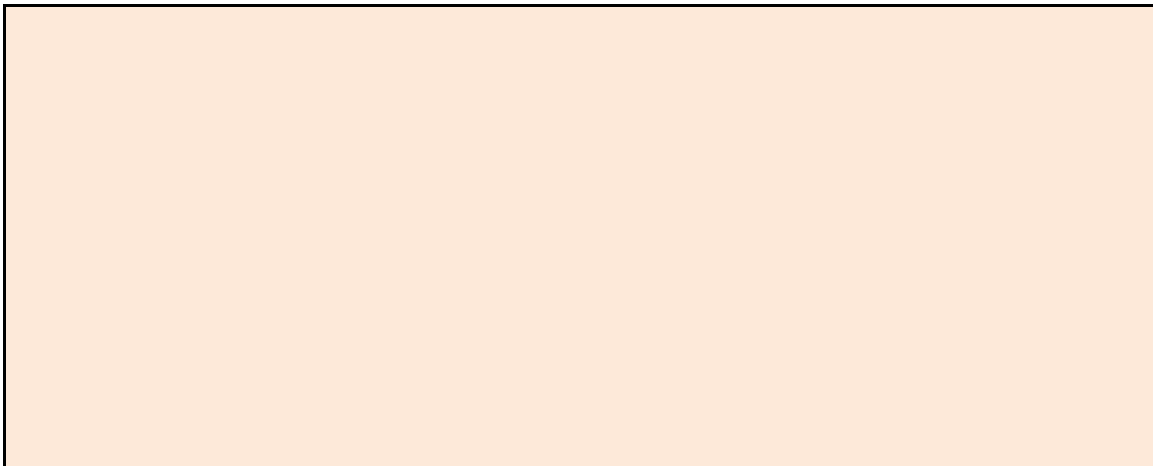
- あり なし

令和 6 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に向けた取組み

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。)



②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6年度の介護職員等処遇改善加算の取得状況

取得している介護職員等処遇改善加算の種類		(なし、加算Ⅰ、加算Ⅴ(7)等の要領で入力ください。)
----------------------	--	-----------------------------

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、賃金規程、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 令和3年度（8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。

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5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。)

③-1 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)

③-2 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。)

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

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)

--

(代表者の職名・氏名)

--

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法人を除く。）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 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6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

様式第 8

居室面積一覧表

サービス種類
事業所の名称

設置階		階			階			階			合計	
部屋の種類 (居室・療養室)	1室の定員	室数	面積	備考	室数	面積	備考	室数	面積	備考	室数	面積
					()			()			()	
			()			()			()			()
			()			()			()			()
			()			()			()			()
			()			()			()			()
			()			()			()			()
			()			()			()			()
			()			()			()			()
			()			()			()			()
			()			()			()			()
			()			()			()			()
			()			()			()			()
			()			()			()			()
			()			()			()			()
			()			()			()			()
			()			()			()			()
			()			()			()			()
			()			()			()			()
			()			()			()			()
			()			()			()			()
片廊下の幅			m			m			m			
中廊下の幅			m			m			m			
共用する施設・事業所名												

- 1 設備基準で定められた部屋について、設置階ごとに記入してください。
- 2 居室・療養室については、「1室の定員」ごとに分けて記入してください。また同じ定員でも、面積の異なる部屋がある場合は、さらにそれぞれの部屋ごとに分けて記入してください。
- 3 ()内は内法の面積を記入してください。(小数点以下第2位を切り捨ててください。)
- 4 部屋の種類ごとにまとめて、合計の室数・面積を記入してください。
- 5 他の事業所又は施設と共用している場合は、「備考欄」に「共用」と記入し、「共用する事務所・施設名」欄に正式名称を記入し、共用先の当該部分の平面図を添付してください。
- 6 同一の事業所又は施設の他の部屋と兼用している場合は、「備考欄」に「〇〇室と兼用」と記入してください。
- 7 設置階数が様式の欄を超える場合は、複数枚に分けて記入し、まとめて提出してください。

付表第二号(一) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号																
	フリガナ																
	名称																
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村															
連絡先	電話番号	(内線)						FAX番号									
	Email																
管理者	フリガナ											住所	(郵便番号 -)				
	氏名																
	生年月日																
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)																
他の事業所、施設等の職務との兼務(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、兼務する職種及び勤務時間等																
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 -)	
○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		理学・作業療法士、言語聴覚士		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				
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 -) 都 道 市 区 府 県 町 村											
	連絡先	電話番号	(内線)						FAX番号				
	Email												

備考

- 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
- 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。
- 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、下段の表に所在地以外の場所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従業者も含めて記載してください。

(参考) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■連携する訪問看護事業所

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)
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)

(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)

■複数事業所

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 ー)	都 道	市 区
			府 県	町 村
連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号	
	Email			

付表第二号（二） 夜間対応型訪問介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号									
	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号		—)				
		都	道	市	区	府	県	町	村	
連絡先	電話番号					FAX番号				
	Email									
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号		—)	
	氏名									
	生年月日									
	当該夜間対応型訪問介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）									
○人員に関する基準の確認に必要な事項										
オペレーションセンターの有無				<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無				
オペレーションセンターのか所数				か所						
従業者の職種・員数	訪問介護員等				オペレーター		面接相談員			
	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)										

(夜間対応型訪問介護事業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		—)			
		都	道	市	区	府	県	町	村
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号		
	Email								

- 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次頁の記入欄不足時の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 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従業者も含めて記載してください。

(参考) 夜間対応型訪問介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

(夜間対応型訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号	—)	
		都 道		市 区	
		府 県		町 村	
連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号		
	Email				

付表第二号（四） 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等に係る記載事項（単独型・併設型）

事業所	法人番号								
	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号)		都 道	市 区				
		府 県		町 村					
連絡先	電話番号				FAX番号				
	Email								
事業の実施形態		<input type="checkbox"/> 単独型		<input type="checkbox"/> 併設型					
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号)				
	氏名								
	生年月日								
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)								
	他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地						事業所番号	
兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等									
○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		㎡			利用定員(同時利用)		人		
サービス提供単位1	○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
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	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					
サービス提供単位2	○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
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	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					
サービス提供単位3	○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
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	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								

(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)		都 道 市 区	府 県 町 村					
	連絡先	電話番号	(内線)	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		㎡		利用定員(同時利用)		人				
サービス提供単位1	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日(該当に○)		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								
サービス提供単位2	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日(該当に○)		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								
サービス提供単位3	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日(該当に○)		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								

- 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 2 管理者の業務については、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、看護職員又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、従業員については、上段の表に出張所に勤務する従業員も含めて記載してください。
 - 5 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

(参考) 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等に係る記載事項(単独型・併設型)記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

サービス提供単位4	○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	
			常勤(人)								
	非常勤(人)										
	○設備に関する基準の確認に必要な事項										
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日		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							
サービス提供単位5	○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	
			常勤(人)								
	非常勤(人)										
	○設備に関する基準の確認に必要な事項										
	営業日(該当に○)		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							

(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)

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 _____) 都 道 市 区 府 県 町 村								
	連絡先	電話番号 Email	(内線)				FAX番号			
○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		m ²		利用定員(同時利用)				人		
サービス提供単位4	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日(該当に○)		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						
サービス提供単位5	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日(該当に○)		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						

付表第二号（五） 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等に係る記載事項（共用型）

事業所	法人番号											
	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号) 都 道 市 区 府 県 町 村										
連絡先	電話番号						FAX番号					
	Email											
本体事業種別	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設											
管理者	フリガナ						住所	(郵便番号) ー)				
	氏名											
	生年月日											
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)											
他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	業務先の名称、所在地						事業所番号					
	業務先のサービス種別、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												
○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 m ² 利用定員(同時利用) 人												
サービス提供単位1	○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		介護職員又は介護従業者		機能訓練指導員				
		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)											
	計画作成担当者	医師		栄養士		介護支援専門員						
		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)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
営業日(該当に○)	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											
サービス提供単位2	○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		介護職員又は介護従業者		機能訓練指導員				
		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)											
	計画作成担当者	医師		栄養士		介護支援専門員						
		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)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
営業日(該当に○)	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											
サービス提供単位3	○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		介護職員又は介護従業者		機能訓練指導員				
		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)											
	計画作成担当者	医師		栄養士		介護支援専門員						
		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)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
営業日(該当に○)	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											

(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)	都	道	市	区	町	村	
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号					
Ema il									
○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		m	利用定員(同時利用)		人				
サービス提供単位1	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	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							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
サービス提供単位2	営業日(該当に○)	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							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	サービス提供単位3	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
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							

- 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次頁の記入欄不足時の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、看護職員又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、従業員については、上段の表に出張所に勤務する従業員も含めて記載してください。
 5 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

(参考) 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等に係る記載事項(共用型)記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

サービス提供単位4	○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		介護職員又は介護従業者		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)									
	常勤(人)		計画作成担当者		医師		栄養士		介護支援専門員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	非常勤(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日(該当に○)		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						
サービス提供単位5	○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		介護職員又は介護従業者		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)									
	常勤(人)		計画作成担当者		医師		栄養士		介護支援専門員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	非常勤(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日(該当に○)		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						
サービス提供単位6	○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		介護職員又は介護従業者		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)									
	常勤(人)		計画作成担当者		医師		栄養士		介護支援専門員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	非常勤(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日(該当に○)		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						

(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)

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 _____) 都 道 市 区 府 県 町 村										
	連絡先	電話番号	(内線)					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	㎡					利用定員(同時利用)	人			
サービス提供単位4	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		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										
サービス提供単位5	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		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										
サービス提供単位6	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		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										

付表第二号(六) 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等に係る記載事項

事業所	法人番号						
	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 -)		都道 府県	市区 町村		
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号			
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)		
	氏名						
	生年月日						
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)						
	他の事業所、施設等の職務 との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、 所在地				事業所番号	
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							
従業者の職種・員数		介護従業者		看護職員		介護支援専門員	
常勤(人)		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
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		㎡					
個室以外の宿泊室の合計面積		㎡		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		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他	
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 -)		都道 府県	市区 町村		
	連絡先	電話番号	(内線)	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		㎡					
個室以外の宿泊室の合計面積		㎡		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		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他	

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次頁の記入欄不足時の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従業者も含めて記載してください。

(参考) 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等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

(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)

■複数事業所

事業所	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 _____) 都 道 市 区 府 県 町 村			
	連絡先	電話番号	(内線)	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		㎡			
個室以外の宿泊室の合計面積		㎡		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		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他			

付表第二号(十) 複合型サービス事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号					
	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 _____) 都道 市区 府県 町村				
連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号	
	Email					
訪問看護事業所の指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション			
	名称				事業所番号	(郵便番号 _____)
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 _____)
	氏名					
	生年月日					
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)					
他の事業所、施設等の 職務との兼務の有無 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地					
	事業所番号					
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						
従業者の職種・員数		介護従事者		うち看護職員		介護支援専門員
		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)						
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		㎡				
個室の宿泊室		室		うち床面積6.4㎡以上7.43㎡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		㎡		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		
利用者の推定数		人				
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他				
添付書類		別添のとおり				

(複合型サービス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 _____) 都道 市区 府県 町村				
	連絡先	電話番号	(内線)			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		㎡				
個室の宿泊室		室		うち床面積6.4㎡以上7.43㎡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		㎡		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		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他				

備考

- 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
- 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。
- 「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。
- 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従業者も含めて記載してください。

(参考) 複合型サービス事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

(複合型サービス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)

■複数事業所

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 _____) 都道府県 _____ 市区町村 _____		
	連絡先	電話番号 _____ (内線) _____ Email _____	FAX番号 _____	
○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 ²		
	個室の宿泊室	室	うち床面積6.4m ² 以上7.43m ² 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 ²	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	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他		