13．介護給付費算定に係る体制等に関する届出（加算届）

（１）提出期限・提出先

◎体制等の届出については、加算等を算定する前月の１５日までに提出すること。（１６日以降に提出された場合は、翌々月から算定）

◎加算廃止の場合は、直ちに提出すること。（加算は基準に該当しなくなったときから、算定不可）

◎体制等の届出先は、指定申請等の提出先と同じである。（「Ｃ　指定手続等」を参照）

（２）提出書類

◎加算等の届出に当たっては、下記の書類を提出すること。（サテライトがある事業所については、サテライトのものも要提出）

|  |  |
| --- | --- |
| サービス | 様　　　式 |
| 共通 | ◎介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙２） |
| 訪問リハビリテーション介護予防訪問リハビリテーション | ◎介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(別紙１・１－２)○介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（サテライト） |

◎上記「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に記載の届出事項に応じて、下記の書類を添付して提出すること。（届出の項目に応じて複数部添付しなくともよい。）

【訪問リハビリテーション】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出の項目 | 本文参照 | 添　付　書　類 |
| 特別地域加算 | P86 | 不要（※県ホームページで対象地域に該当するか確認が必要） |
| 中山間地等における小規模事業所加算 | P87 | ○中山間地域等事業所 事業所規模算出表（参考様式）※県ホームページで対象地域に該当するか確認が必要 |
| 短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ実施加算 | P89 | － |
| リハビリテーションマネジメント加算 | P91 | － ※Ⅰ･Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ　を選択（利用者毎のため届出は重複可）　 |
| 社会参加支援加算 | P99 | ○訪問リハビリテーション事業所における社会参加支援加算に関する届出（別紙１７） |
| サービス提供体制強化加算 | P104 | ○サービス提供体制強化加算に関する届出書(別紙１２－３)○従業者常勤換算一覧表（勤続３年以上サービス提供職員一定割合以上雇用事業所）（参考様式） |

【介護予防訪問リハビリテーション】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出の項目 | 本文参照 | 添　付　書　類 |
| 特別地域加算 | P86 | 不要（※県ホームページで対象地域に該当するか確認が必要） |
| 中山間地等における小規模事業所加算 | P87 | ○中山間地域等事業所 事業所規模算出表（参考様式）※県ホームページで対象地域に該当するか確認が必要 |
| リハビリテーションマネジメント加算 | P91 | － |
| 事業所評価加算〔申出〕 | P105 | （平成31年度以降）前年度の10月15日までに申出が必要※本加算は国保連における評価の申出であり、加算に該当した場合は、翌年度に算定 |
| サービス提供体制強化加算 | P104 | ○サービス提供体制強化加算に関する届出書(別紙１２－３)○従業者常勤換算一覧表（勤続３年以上サービス提供職員一定割合以上雇用事業所）（参考様式） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （別紙２） | 受付番号 |  |

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書＜指定事業者用＞

平成　　年　　月　　日

島根県知事　様

所在地

名　称　　　　　　　　　　　　印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 事業所所在地市町村番号 |  |
| 届　出　者 | フリガナ名　　称 |  |
|  |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　ー　　　　）　　　　　　　県　　　　郡市 |
| （ビルの名称等） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 法人の種別 |  | 法人所管庁 |  |
| 代表者の職・氏名 | 職名 |  | 氏名 |  |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　ー　　　　）　　　　　　　県　　　　郡市 |
| 事業所・施設の状況 | フリガナ事業所・施設の名称 |  |
|  |
| 主たる事業所・施設の所在地 | （郵便番号　　　ー　　　　）　　　　　　　県　　　　郡市 |
|  |
| 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　　　ー　　　　）　　　　　　　県　　　　郡市 |
|  |
| 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　　　ー　　　　）　　　　　　　県　　　　郡市 |
|  |
| 届出を行う事業所・施設の種類 | 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)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） |
| 指 定 居 宅 サ ー ビ ス | 訪問介護 |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 訪問入浴介護 |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 訪問看護 |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 訪問リハビリテーション |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 居宅療養管理指導 |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 通所介護 |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 通所リハビリテーション |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 短期入所生活介護 |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 短期入所療養介護 |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 特定施設入居者生活介護 |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 福祉用具貸与 |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 介護予防訪問入浴介護 |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 介護予防訪問看護 |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 介護予防訪問リハビリテーション |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 介護予防居宅療養管理指導 |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 介護予防通所リハビリテーション |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 介護予防短期入所生活介護 |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 介護予防短期入所療養介護 |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 介護予防福祉用具貸与 |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 施設 | 介護老人福祉施設 |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 介護老人保健施設 |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 介護療養型医療施設 |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 介護医療院 |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療機関コード等 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特記事項 | 変　更　前 | 変　更　後 |
|  |  |
| 関係書類 | 別添のとおり |

備考1 ｢受付番号｣｢事業所所在市町村番号｣欄に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 ｢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。

　　4 ｢実施事業｣欄は、該当する欄に「〇」を記入してください。

　　5 ｢異動等の区分｣欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「〇」を記入してください。

　　6 ｢異動項目｣欄には、(別紙1，1－2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目（施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引）を記載してください。

　　7 ｢特記事項｣欄には、異動の状況について具体的に記載してください。

　　8 ｢主たる事業所の所在地以外の場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

（別紙１・１－２）訪問リハビリテーション

　　　　　 　　**介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・介護予防サービス）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入担当者氏名 |  |  | 事業所名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入担当者電話番号 |  |  | 事業所番号 | ３ | ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供サービス | 施設等の区分 | 人員配置区分 | そ　 　　の　 　　他　　 　該　　 　当　　 　す 　　　る 　　　体 　　　制 　　　等  | 割　引 |
| 各サービス共通 |  |  | 地域区分 | １　１級地　　 ６　２級地　 ７　３級地　　２　４級地　 ３　５級地４　６級地　　 ９　７級地 　５　その他 |  |
| 14 | 訪問リハビリテーション | １ 病院又は診療所２ 介護老人保健施設３ 介護医療院 |  | 特別地域加算 | １　なし　　２　あり |  |
| 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | １　非該当　２　該当 |
| 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） | １　非該当　２　該当 |
| 短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ実施加算 | １　なし　　２　あり |
| ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝマネジメント加算 | １　なし　　２　加算Ⅰ 　３　加算Ⅱ　 ４　加算Ⅲ　 ５　加算Ⅳ |
| 社会参加支援加算 | １　なし　　２　あり |
| サービス提供体制強化加算 | １　なし　　２　あり |
| 64 | 介護予防訪問リハビリテーション | １ 病院又は診療所２ 介護老人保健施設３ 介護医療院 |  | 特別地域加算 | １　なし　　２　あり |  |
| 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | １　非該当　２　該当 |
| 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） | １　非該当　２　該当 |
| ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝマネジメント加算 | 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　　２　あり |

〔備考〕事業所・施設において、施設等の区分欄、その他該当する体制等欄に掲げる項目につき該当する番号に○印を付してください。

（サテライト用）訪問リハビリテーション

　　　　　 **介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（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状況）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入担当者氏名 |  |  | 事業所名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入担当者電話番号 |  |  | 事業所番号 | ３ | ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供サービス | 施設等の区分 | 人員配置区分 | そ　 　　の　 　　他　　 　該　　 　当　　 　す 　　　る 　　　体 　　　制 　　　等  | 割　引 |
| 各サービス共通 |  |  | 地域区分 | １　１級地　　 ６　２級地　 ７　３級地　　２　４級地　 ３　５級地４　６級地　　 ９　７級地 　５　その他 |  |
| 14 | 訪問リハビリテーション | １ 病院又は診療所２ 介護老人保健施設３ 介護医療院 |  | 特別地域加算 | １　なし　　２　あり |  |
| 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | １　非該当　２　該当 |
| 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） | １　非該当　２　該当 |
| 短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ実施加算 | １　なし　　２　あり |
| ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝマネジメント加算 | １　なし　　２　加算Ⅰ 　３　加算Ⅱ　 ４　加算Ⅲ　 ５　加算Ⅳ |
| 社会参加支援加算 | １　なし　　２　あり |
| 64 | 介護予防訪問リハビリテーション | １ 病院又は診療所２ 介護老人保健施設３ 介護医療院 |  | 特別地域加算 | １　なし　　２　あり |  |
| 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | １　非該当　２　該当 |
| 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） | １　非該当　２　該当 |
| ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝマネジメント加算 | １　なし　　２　あり |
| 事業所評価加算〔申出〕の有無 | １　なし　　２　あり |

〔備考〕この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

（別紙１２ー３）

平成　　年　　月　　日

サービス提供体制強化加算に関する届出書

（(介護予防)訪問リハビリテーション事業所）

|  |  |
| --- | --- |
| １　事業所名 |  |
| ２　異動区分 | １　新規　　　２　変更　　　３　終了 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| ３　勤続年数　の状況 |  | ① | サービスを直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の総数 | 人 |  |  |  |
| ② | ①のうち勤続年数３年以上の者の総数 | 人 | → | ①のうち②の者が１名以上 | 有 ・ 無 |
|  |  |  |

※　各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

（参考様式）中山間地域等事業所　事業所規模算出表

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　サービス種類（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設(再開)年月日　（平成　　　年　　　月　　日）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　算出表対象年度　　（平成　　　年度分）　加算算定年度（平成　　　年度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　月 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 | １月 | ２月 | 計 | 月平均 |
| 延訪問回数又は実利用者数 | 要介護（回・人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要支援（回・人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　　備考　１　 (介護予防)訪問看護・（介護予防）訪問リハビリテーションは、延訪問回数を記載してください。

　　　　　　２　居宅サービス・介護予防サービスのいずれか一方が小規模の事業所に該当しない場合、非該当のサービスは記載を省略できます。

 (参考様式）従業者常勤換算一覧表（勤続３年以上サービス提供職員一定割合以上雇用事業所） サービス種類　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

 事業所・施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

 開設(再開)年月日（平成　　年　　月　　日）

 一覧表対象年度（平成　　年度分）　加算算定年度（平成　　年度）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 氏　名 | 従業者の就業状況 | 各月常勤換算数 | 常勤換算数平均 |
| 就業年月日 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 | １月 | ２月 |
| （退職年月日） | 換算数 | 該当 | 換算数 | 該当 | 換算数 | 該当 | 換算数 | 該当 | 換算数 | 該当 | 換算数 | 該当 | 換算数 | 該当 | 換算数 | 該当 | 換算数 | 該当 | 換算数 | 該当 | 換算数 | 該当 |
|  |  | 　　　　　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　（　　　　年　　月　　日） |
|  |  | 　　　　　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　（　　　　年　　月　　日） |
|  |  | 　　　　　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　（　　　　年　　月　　日） |
|  |  | 　　　　　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　（　　　　年　　月　　日） |
|  |  | 　　　　　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　（　　　　年　　月　　日） |
|  |  | 　　　　　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　（　　　　年　　月　　日） |
|  |  | 　　　　　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　（　　　　年　　月　　日） |
|  |  | 　　　　　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　（　　　　年　　月　　日） |
|  |  | 　　　　　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　（　　　　年　　月　　日） |
|  |  | 　　　　　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　（　　　　年　　月　　日） |
|  | ① サービスを直接提供する者の総数　（常勤換算） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ② ①のうち勤続３年以上の者の総数　（常勤換算） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考１　利用者にサービスを直接提供する職員全員の状況について記載してください。（看護職員、介護職員、生活相談員、機能訓練指導員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等）

　　　２　算出にあたっては、他事業所の従業者との兼務がある場合、兼務先の勤務時間数は除いてください。

　　　３　従業者が各月の前月末までに勤続３年以上である場合、換算数の右欄に○印をしてください。

　　　４　訪問リハビリテーション事業所（介護予防サービスを含む）は職種、氏名、就業年月日のみ記載してください。

（別紙１７）

平成　　年　　月　　日

訪問リハビリテーション事業所における社会参加支援加算に関する届出

|  |  |
| --- | --- |
| 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　社会参加支援加算 |

|  |
| --- |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  | ①　終了者の状況 |  | ① | 調査対象期間の訪問リハビリテーション終了者数 | 人 |  | 　　　 |  |  |
| ② | ①のうち、社会参加に資する取組等を実施した者の数（注１） | 人 | 　　　　　→５％超　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　 | 有 ・ 無 |  |
| ③ | ①に占める②の割合 | ％ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | ②　事業所の　　　　利用状況 |  | ① | 評価対象期間の利用者延月数 | 月 |  | 　　　 |  |  |
| ② | 評価対象期間の新規利用者数 | 人 | →25％以上　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　 | 有 ・ 無 |  |
| ③ | 評価対象期間の新規終了者数（注２） | 人 |
| ④ | 12×（②＋③）÷2÷① | ％ |
|  |
|  |

注１：社会参加に資する取組等の実施が３月以上継続する見込みであることが確認されたものに限る。

「社会参加に資する取組等」とは、指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定認知症対応型通所介護等の利用、及び自宅において役割を持って生活している場合を含み、サービス提供の終了の事由が入院、介護保険施設への入所、訪問リハビリテーション、指定認知症対応型共同生活介護等を含めない。

注２：入院、入所、死亡を含む

※　各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

|  |
| --- |
| （参考様式） |

社会参加支援加算　算定表【訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション】

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 平成　　　　　年 | １月 | ２月 | ３月 | ４月 | ５月 | ６月 | ７発 | ８月 | ９月 | １０月 | １１月 | １２月 | 合計 |
| Ａ | 評価対象期間のリハビリテーションの終了者数（新規終了者数） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ｂ | Ａのうち、社会参加に資する取組等を実施した者の数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ｃ | 実利用者数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ｄ | 評価対象期間の新規利用者数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【算定要件確認】

①終了者の状況

　　　＞　　　 5%

|  |  |
| --- | --- |
| Ｂ÷Ａ |  |

②事業所の利用状況

　　　≧ 　　 25%

|  |  |
| --- | --- |
| 12×（Ａ＋Ｄ）÷２÷Ｃ |  |

|  |
| --- |
| ※算出した割合については、小数点第3位以下は切り上げること※A　入院、入所、死亡を含む。※B　通所介護等の社会参加に資する取組の実施が３月以上継続する見込みであることが確認された者に限る。（通所リハビリテーションの場合は、 生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定した者を除く。） ※C　一月あたりの利用者の数を入力すること。延べ数ではなく、一月に複数回利用していても、一人として計上すること※D　12月以上の期間を空けて再度利用者した者は新規利用者に含む。（例外有り　参照：平成27年4月30日改定関係Ｑ＆Ａ　Vol．2【問13】 |

|  |
| --- |
| 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション |
| 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 | 松江市役所介護保険課　〒690-8540　松江市末次町８６　　TEL　０８５２－５５－５９３３　　FAX　０８５２－５５－６１８６ |
| 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、松江市ホームページ［事業者向け情報・介護保険］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

◎訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーションの指定は、介護老人保健施設、介護医療院、病院・診療所に限られる。

◎但し、保険医療機関の開設時については、指定があったとみなされる（みなし指定）ので、指定申請および指定更新申請を要しない。ただし、みなし指定を「別段の申し出」により辞退した場合（平成１１年１２月に提出した「指定に関する申出書」で指定を不要としたものも同様）は除く。（法第71条、施行規則第127条）

※みなし指定の事業所であっても、介護給付費の請求を初めて行う際には、事前に（サービス提供開始の前月１５日までに）、県（松江市内の事業所は松江市）あて「介護給付費算定に係る体制等に関する届出（加算届）」を提出しておく必要があります。

新規にサービス提供を開始する際、みなし指定の登録及び加算届の提出状況について不明な場合は、事前に県または松江市に問い合わせてください。

◎新規に指定を受ける場合（みなし指定を辞退し、その後に指定を受ける場合を含む）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117条、法第115条の2①・規則第140条の6）

※新規指定に必要な書類は下表のとおり（法第70条①・施行規則第120条、法第115条の2①・規則第140条の9）。このうち、みなし辞退後の新規指定時に必要な書類については「４．みなし指定の辞退」（Ｐ１１２）の記載のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| 提出書類 | 留意事項 |
| １ | 指定(許可)申請書（様式第１号） |  |
| ２ | 付表４ |  |
| 付表４－２ | ・サテライトがある場合のみ |
| ３ | 申請者(開設者)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登記事項証明書（条例にあっては、公報の写し）※定款の提出は不要（Ｈ30.10施行規則改正）であるが、指定申請する事業の実施に当たり、既存の定款の変更等が必要かどうかについて、事前に法人所轄庁に確認すること |
| ４ | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（参考様式１） | ＜次の書類を添付すること＞　○資格証の写し（資格要件の定めのある全員）　○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 | 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＜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・備品に限る）が分かる写真 |
| ６ | 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されているもの |
| ７ | 利用者から苦情を処理するために講ずる措置の概要（参考様式６） |  |
| ８ | 事業所位置図 |  |
| ９ | 誓約書（参考様式９－２） |  |

◎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。みなし指定の場合も提出不要 |

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４ |  |
| 付表４－２ | ・サテライトがある場合のみ |
| ３ | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（参考様式１） | ＜次の書類を添付すること＞　○資格証の写し（全員） |
| ４ | 誓約書（参考様式９－２） |  |

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「従業者の職種・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。

◎下記３又は４を変更する場合は、第２号様式「業務管理体制に係る届出書（届出事項の変更）」を法人単位で併せて提出すること。

　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変更届出書（様式第３号）の「(番号)変更があった事項」欄 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| 付表 | 勤務形態一覧表 | 誓約書 | 事業所位置図 | 登記事項証明書等 | 事業所平面図 | 運営規程 |
| １ | 事業所の名称 | ○ |  |  |  |  |  | ○ |
| ２ | 事業所の所在地 | ○ |  |  | ○ |  | ○ | ○ |
| ３ | 法人の名称及び主たる事務所の所在地 |  |  |  |  | ○ |  |  |
| ４ | 法人の代表者の職氏名、生年月日及び住所 |  |  | ○ |  | ○ |  |  |
| ５ | 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 | ○ | △ |  |  |  |  | ○ |
| 20 | その他 | ○ | ○ |  |  |  |  |  |

○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、

「従業者の勤務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 | 病院・診療所の場合は付表７を提出ください老健等の場合は該当する付表を提出ください |
| ② | 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式１） | ※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」を添付のこと |
| ③ | 誓約書（参考様式９－２） |  |
| ④ | 事業所位置図 |  |
| ⑤ | 登記事項証明書等 |  |
| ⑥ | 事業所平面図（参考様式３） | （指定申請と同様） |
| ⑦ | 運営規程 | ・新旧の変更箇所を明示したもの |

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 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（参考様式１） | ＜次の書類を添付すること＞　○資格証の写し（全員） |

★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。

４．みなし指定の辞退

◎保険医療機関が、みなし指定を辞退する場合は、指定を不要とする旨の届出を行うこと。（法第71条・施行規則第129条、法第115条の11・施行規則第140条の20）

|  |  |
| --- | --- |
| 提出書類 | 留意事項 |
|  | 指定を不要とする旨の届出書（様式第２号） |  |

◎みなし指定を辞退後、方針を変更してサービスを実施する場合は、指定申請が必要となる。

|  |  |
| --- | --- |
| 提出書類 | 留意事項 |
| １ | 指定(許可)申請書（様式第１号） |  |
| ２ | 付表４ |  |
| 付表４－２ | ・サテライトがある場合 |
| ３ | 保険医療機関の指定通知書等 | ・保険医療機関であることを確認するもの |

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（許可）申請書

介護保険施設

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　島根県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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 |  |
| 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 |  |
| 法人の種別 |  | 法人所管庁 |  |
| 代表者の職・氏名及び生年月日 | フリガナ |  | フリガナ |  | 生年月日 |
| 職　　名 |  | 氏　　名 |  |
| 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 | 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 |
| 介護医療院 |  |  |  | 付表17 |
| 指定介護予防サービス | 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 | ３ | ２ |  |  |  |  |  |  |  |  | （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（介護保険法施行法第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、介護医療院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」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「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（許可）更新申請書

介護保険施設

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　島根県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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）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 |  |
| 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 |  |
| 法人の種別 |  | 法人所管庁 |  |
| 代表者の職・氏名及び生年月日 | フリガナ |  | フリガナ |  | 生年月日 |
| 職　　名 |  | 氏　　名 |  |
| 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 | 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指定（許可）年月日 | 既に受けている指定等の有効期間満了日 | 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 | 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 |
| 介護医療院 |  |  |  | 付表17 |
| 指定介護予防サービス | 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 | ３ | ２ |  |  |  |  |  |  |  |  | （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等の有効期間満了日｣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、介護医療院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。

様式第２号（第３条関係）

指定を不要とする旨の届出書

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）

次のとおり介護保険法の規定により指定を不要とする旨を申し出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 開設者 | 名称 |
| 施設種別 |
| 所在地 |
| 管理者 | 氏名 |
| 住所 |
| 申出に係る居宅サービスの種類 | １．訪問看護２．介護予防訪問看護３．訪問リハビリテーション４．介護予防訪問リハビリテーション５．居宅療養管理指導６．介護予防居宅療養管理指導７．通所リハビリテーション８．介護予防通所リハビリテーション９．短期入所療養介護10．介護予防短期入所療養介護 |

備考　「申出に係る居宅サービスの種類」欄は、申出を行う（辞退する）居宅サービスの番号

に「○」を付してください。

様式第３号（第４条関係）

変　更　届　出　書

年　　月　　日

　島根県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　事業者（開設者）　　（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（名称及び代表者職・氏名）　　　　　　　印

　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 | 申請者（開設者）の名称及び主たる事務所の所在地 |
| 4 | 代表者（開設者）の氏名、生年月日、住所及び職名 |
| 5 | 申請者（開設者）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 | 利用者（入所者）の推定数 |
| 17 | 福祉用具の保管・消毒方法（委託している場合にあっては、委託先の状況） |
| 18 | 併設施設の状況等 |
| 19 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 20 | その他 |
| 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。

様式第３号の２（第４条関係）

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　　　　　　　　　　　　　 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人名称及び代表者職・氏名）

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。

様式第４号（第４条関係）

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４　訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所の指定に

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 |  |
| 病院、診療所の別 |  |
| 管理者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　　－　　　　） |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 従業者の職種・員数 | 医　師 | 理学療法士 | 作業療法士 | 言語聴覚士 |  |
|  | 常　勤（人） |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 |  |
| 営業時間 |  |
| 利用料 | 法定代理受領分 |  |
| 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｣欄は、記載しないでください。

　　 2 ｢主な掲示事項｣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。

　 3 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。

 4 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院及び診療所が行うものについては、介護保険法第71条第１項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。

付表４－２　訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション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

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 |  |
| 営業時間 |  |
| 利用料 | 法定代理受領分 |  |
| 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」は、記載しないでください。

　　 2　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。

　　 3 「主な掲示事項」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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （参考様式１） | 受付番号 |  |

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表　　　　（ 　 　年　　　月分）　　　サービスの種類（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 勤務形態 | 氏　名 | 週 | 第　１　週 | 第　２　週 | 第　３　週 | 第　４　週 |  | 週平均の勤務時　間 | 常勤換算後の人　数 | 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 | ４週の合　計 |
| ＊ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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　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。夜勤、準夜勤については、網かけをする等その旨を表示してください。

　　３　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、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのＡの小計と、Ｂ～Ｄまでを加えた数の小計の行を挿入してください。

　　　　　　　**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**

　　４　常勤換算が必要なものについては、Ａ～Ｄの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。

　　５　サービス提供が単位（共同生活居住を含む。）ごとに行われるサービス種類の場合は、各単位ごとに区分して記入してください。

　　６　算出にあたっては、小数点以下第２位を切り捨ててください。

　　７　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、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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | ○○株式会社 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 代表取締役　○○　○○ |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| Ａ通所介護事業所 |  | Ｂ訪問介護事業所 |  | Ｃ訪問入浴介護事業所 |  | Ｄ居宅介護支援事業所 |  | Ｅ通所介護事業所 |  | Ｆ福祉用具貸与事業所 |
|  | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 管理者 |  | 管理者 |  | 管理者 |  | 管理者 |  | 管理者 |  | 管理者 |
| ○○　○○ |  | ○○　○○ |  | ○○　○○ |  | ○○　○○ |  | ○○　○○ |  | ○○　○○ |
|  | 　 |  |  | 　 |  |  | 　 |  |  | 　 |  |  | 　 |  |  | 　 |
| 生活相談員 |  | サービス提供責任者 |  | 看護職員 |  | 介護支援専門員 |  | 生活相談員 |  | 福祉用具専門相談員 |
| ○○　○○ |  | ○○　○○ |  | ○○　○○ |  | ○○　○○ |  | ○○　○○ |  | ○○　○○ |
| ○○　○○ |  | 訪問介護員等 |  | 介護職員 |  | ○○　○○ |  | ○○　○○ |  | ○○　○○ |
| 看護職員 |  | ○○　○○ |  | ○○　○○ |  |  |  |  | 看護職員 |  |  |  |
| ○○　○○ |  | ○○　○○ |  | ○○　○○ |  |  |  |  | ○○　○○ |  |  |  |
| 　◎　○○　○○ |  | ○○　○○ |  |  |  |  |  |  |  | 　◎　○○　○○ |  |  |  |
| (Ｅ通所介護事業所と兼務) |  | ○○　○○ |  |  |  |  |  |  |  | (Ａ通所介護事業所と兼務) |  |  |  |
| 機能訓練指導員 |  | ○○　○○ |  |  |  |  |  |  |  | 機能訓練指導員 |  |  |  |
| ○○　○○ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ○○　○○ |  |  |  |
| ◎　○○　○○　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　◎　○○　○○ |  |  |  |
| (Ｅ通所介護事業所と兼務) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (Ａ通所介護事業所と兼務) |  |  |  |
| 介護職員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 介護職員 |  |  |  |
| ○○　○○ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ○○　○○ |  |  |  |
| ○○　○○ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ○○　○○ |  |  |  |
| ○○　○○ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ○○　○○ |  |  |  |
| ○○　○○ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ○○　○○ |  |  |  |

　◎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 |  |

調理室

　　　　㎡

静養室

　　　　㎡

相談室

　　　　㎡

診察室　㎡

調剤室

浴室　　　㎡

便所

　　　㎡

事務室　　　㎡

展示コーナー

玄関ホール

機能訓練室　　　　㎡

（食堂兼用）

【通所介護事業所の例】

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易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９－２（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（法人にあっ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。

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。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７９条第２項第４号の３、第９４条第３項第５号の３、第１０７条第３項第７号、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、第１１５条の２２第２項第４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７９条第２項第４号の３、第９４条第３項第５号の３、第１０７条第３項第７号、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１１５条の２２第２項第４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（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。 |
|  |

※ 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（法令遵守規定）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、例えば訪問入浴と介護予防訪問入浴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）届出書に記載すべき事項

|  |  |
| --- | --- |
| 届出内容 | 事　業　所　数 |
| 20未満 | 20以上100未満 | 100以上 |
| 事業者の・名称又は氏名・主たる事務所の所在地・代表者の氏名、生年月日、住所、職名 | 必要 | 必要 | 必要 |
| 「法令遵守責任者」の氏名、生年月日 | 必要 | 必要 | 必要 |
| 「法令遵守規程」の概要　（注1） | － | 必要 | 必要 |
| 「業務執行の状況の監査」の方法の概要（注2） | － | － | 必要 |

（注1）「法令遵守規程」について

　　法令遵守規程には、事業者の従業員に少なくとも法及び法に基づく命令の遵守を確保するための内容を盛り込む必要がありますが、必ずしもチェックリストに類するものを作成する必要はなく、例えば、日常の業務運営に当たり、法及び法に基づく命令の遵守を確保するための注意事項や標準的な業務プロセス等を記載したものなど、事業者の実態に即したもので構いません。

　　届け出る「法令遵守規程の概要」につきましては、必ずしも改めて概要を作成する必要はなく、この規程の全体像がわかる既存のもので構いません。また、法令遵守規程全文を添付しても差し支えありません。

（注2）「業務執行の状況の監査」について

　　事業者が医療法人、社会福祉法人、特定非営利法人、株式会社等であって、既に各法の規定に基づき、その監事又は監査役（委員会設置会社にあっては監査委員会）が法及び法に基づく命令の遵守の状況を確保する内容を盛り込んでいる監査を行っている場合には、その監査をもって介護保険法に基づく「業務執行の状況の監査」とすることができます。

　　なお、この監査は、事業者の監査部門等による内部監査又は監査法人等による外部監査のどちらの方法でも構いません。また、定期的な監査とは、必ずしも全ての事業所に対して、年１回行わなければならないものではありませんが、例えば事業所ごとの自己点検等と定期的な監査とを組み合わせるなど、効率的かつ効果的に行うことが望まれます。

　　届け出る「業務執行の状況の監査の方法の概要」につきましては、事業者がこの監査に係る規程を作成している場合には、当該規程の全体像がわかるもの又は規程全文を、規程を作成していない場合には、監査担当者又は担当部署による監査の実施方法がわかるものを届け出てください。

（３）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 |

（４）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 |

（５）島根県が届出先となる場合

◎届出先が島根県となる場合は、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　島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：０８５２－２２－６６９５

（６）ホームページ

◎新規に業務管理体制の届け出を行った事業者（法人）には、事業者（法人）番号が付番されます。

◎変更等の届出の際には、以下の島根県ホームページより番号を確認して申請書へ記載してください。

島根県ホームページ

トップ＞医療・福祉＞福祉＞高齢者福祉＞介護保険【事業者向け】＞指導・監査＞業務管理体制

http://www.pref.shimane.lg.jp/medical/fukushi/kourei/kaigo\_hoken/shidou/gyoumukanritaisei.html

第１号様式（第2条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 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 事業者 | 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 |  | 生年月日 |  年 月 日 |
|  氏　名 |  |
| 代表者の住所 | (郵便番号　 　-　　　　） 都道　 郡　市　　　　 府県 　 区 |
| (ビルの名称等） |
| 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　　か所 |  |  |  |
| 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(ﾌﾘｶﾞﾅ) |  　　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 | 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 |

第２号様式(第３条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 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 ㊞

 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) |