

四日市市告示第540号

四日市市指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に必要な書類に関する要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

平成28年12月28日

四日市市長 森 智 広

四日市市指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に必要な書類に関する要綱
 四日市市指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に必要な書類に関する要綱（平成18年告示第127号）の一部を次のように改正する。

改正後	改正前
(指定申請の提出書類)	(指定申請の提出書類)
<p>第2条 規則第2条の規定に基づく申請は、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める様式の書類を添付するものとする。</p> <p>(1)から(7)まで (略)</p> <p>(8) <u>看護小規模多機能型居宅介護事業所に係る指定の申請</u> <u>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（付表8）</u></p> <p>(9) <u>地域密着型通所介護事業所に係る指定の申請</u> <u>地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項（付表9-1）、地域密着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の記載事項（付表9-2）</u></p> <p>(10) (略)</p> <p><u>附則（平成28年12月28日告示第540号）</u> <u>（施行期日）</u> <u>1 この要綱は、告示の日から施行する。</u> <u>（経過措置）</u></p>	<p>第2条 規則第2条の規定に基づく申請は、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める様式の書類を添付するものとする。</p> <p>(1)から(7)まで (略)</p> <p>(8) <u>複合型サービス事業所に係る指定の申請</u> <u>複合型サービス事業所の指定に係る記載事項（付表8-1）</u></p> <p>(9) (略)</p>

2 この要綱の施行前に、改正前の四日市市指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に必要書類に関する要綱の規定に基づいて作成した申請書の用紙は、当分の間、これを使用することができる。

改正後

別表（要綱第2条（10）関係）

番号	添付書類	申請する事業の種類								
		夜間対応 型訪問介 護	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 (介護予 防)	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 設入居者 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 通所介護
1	申請者の定款、寄 付行為等及びそ の登記事項証明 書又は条例等	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	特別養護老人ホ ームの許可証等 の写し	—	—	—	—	—	○	—	—	—
3	従業者の勤務体 制及び勤務形態 一覧表	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	管理者の経歴	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	事業所の平面図	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	居室面積等一覧 表	—	—	○	○	○	○	—	○	—
7	設備・備品等に保 る一覧表	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	オペレーション センターサービ スの概要(センタ ーを設置しない 場合のみ)	○	—	—	—	—	—	—	—	—
9	随時訪問サービ スの委託先(他の 訪問介護事業所 に委託する場合 のみ)	○	—	—	—	—	—	○	—	—
10	本体施設の概要、 本体施設との間 の移動経路、方法 及び移動時間	—	—	○	—	—	○	—	—	—
11	併設する施設の 概要	—	—	—	—	—	○	—	—	—

改正前

別表（要綱第2条（9）関係）

番号	添付書類	申請する事業の種類							
		夜間対応 型訪問介 護	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 (介護予 防)	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 設入居者 生活介護	定期巡 回・随時対 応型訪問 介護看護	複合型サ ービス
1	申請者の定款、 寄付行為等及び その登記事項証 明書又は条例等	○	○	○	○	○	○	○	○
2	特別養護老人ホ ームの許可証等 の写し	—	—	—	—	—	○	—	—
3	従業者の勤務体 制及び勤務形態 一覧表	○	○	○	○	○	○	○	○
4	管理者の経歴	○	○	○	○	○	○	○	○
5	事業所の平面図	○	○	○	○	○	○	○	○
6	居室面積等一覧 表	—	—	＝	＝	○	○	—	＝
7	設備・備品等に 係る一覧表	○	○	○	○	○	○	○	○
8	オペレーション センターサービ スの概要（セン ターを設置しな い場合のみ）	○	—	—	—	—	—	—	—
9	随時訪問サービ スの委託先（他 の訪問介護事業 所に委託する場 合のみ）	○	—	—	—	—	—	＝	—
10	本体施設の概 要、本体施設と の間の移動経 路、方法及び移 動時間	—	—	＝	—	—	○	—	—
11	併設する施設の	—	—	—	—	—	○	—	—

	概要								
12	施設を共用の場合の利用計画	—	—	—	—	—	○	—	—
13	運営規程	○	○	○	○	○	○	○	○
14	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	○	○	○	○	○	○	○	○
15	サービス提供実施単位一覧表	—	○	—	—	—	—	—	—
16	当該申請に係る資産の状況	○	○	○	○	○	○	○	○
17	協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容	—	—	○	○	○	○	—	○
18	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要	—	—	○	○	—	—	—	○
19	地域密着型介護サービス費の請求に関する事項	○	○	○	○	○	○	○	○
20	誓約書	○	○	○	○	○	○	○	○
21	役員の氏名、生年月日及び住所	○	○	○	○	○	○	○	○
22	介護支援専門員の氏名及び登録番号	—	—	○	○	○	○	—	○
23	運営推進会議の構成員	—	二	○	○	○	○	二	○
24	その他指定に関し市長が必要と認める事項を証する書類	○	○	○	○	○	○	○	○

各号様式について次のように改める。

夜間対応型訪問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			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第 条第 項第 号				
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名								
	生年月日								
	当該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)								
オペレーションセンターの有無		有 ・ 無							
オペレーションセンターのか所数		か所							
予定利用者数	人 (うち他の市町村の予定利用者数 人)								
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
		常勤 (人)							
		非常勤 (人)							
基準上の必要人数 (人)									
適合の可否									
主な揭示事項	営業日								
	営業時間	: ~ :							
	利用料	法定代理受領分 (利用者負担分)							
		法定代理受領分以外							
	その他の費用								
通常の事業実施地域									
添付書類	別添のとおり								

- 備考
- 「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 他の市町村の区域においても事業の実施を予定している場合、「予定利用者数」欄に他の市町村の予定利用者数を記入してください。
 - 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。
 - 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
 - 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表2-1 (要綱第2条(2)関係)

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 -) 県 都市									
	連絡先	電話番号				FAX番号					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第 条第 項第 号						
併設事業所の種別、名称					事業所番号						
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)					
	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								
1 単 位 目	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)										
	基準上の必要人員(人)										
	適合の可否										
	食堂及び機能訓練室の合計面積										
				m ²							
	主な 揭示 事項	営業日		単位ごとの営業日							
		営業時間		サービス提供時間(送迎時間を除く) : ~ :							
		利用定員		人							
		利用料		法定代理受領分(利用者負担分)							
				法定代理受領分以外							
		食事の提供に要する費用									
通常の事業実施地域											
運営推進会議の有無		有 ・ 無 ・ 予定									
添付書類		別添のとおり									

- 備考
- 「基準上の必要人数」「適合の可否」欄は記入しないでください。
 - 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。
 - 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。
 - 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。
 - 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

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) (2単位目以降)

	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	
2 単 位 目	常勤(人)									
	非常勤(人)									
	基準上の必要人員(人)									
	適合の可否									
	食堂及び機能訓練室の合計面積									
			m ²							
	主な 掲 示 事 項	営業日	単位ごとの営業日							
		営業時間	サービス提供時間(送迎時間を除く) : ~ :							
		利用定員	人							
		利用料	法定代理受領分(利用者負担分)							
法定代理受領分以外										
食事の提供に要する費用										
通常の事業実施地域										
運営推進会議の有無		有 ・ 無 ・ 予定								
添付書類	別添のとおり									
3 単 位 目	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)									
	基準上の必要人員(人)									
	適合の可否									
	食堂及び機能訓練室の合計面積									
			m ²							
	主な 掲 示 事 項	営業日	単位ごとの営業日							
		営業時間	サービス提供時間(送迎時間を除く) : ~ :							
利用定員		人								
利用料		法定代理受領分(利用者負担分)								
		法定代理受領分以外								
食事の提供に要する費用										
通常の事業実施地域										
運営推進会議の有無		有 ・ 無 ・ 予定								
添付書類	別添のとおり									

付表2-2 (要綱第2条(2)関係)

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 -) 県 都市									
	連絡先	電話番号				FAX番号					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第 条第 項第 号						
種別					事業所番号						
名称					開設年月日						
本体の事業所等の入居者を含めた利用者数				人	当該事業の利用定員	人					
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)					
	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							
単 位 目	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)										
	基準上の必要人員(人)										
	適合の可否										
	1 食堂及び機能訓練室の合計面積					m ²					
	主 な 掲 示 事 項	営業日	単位ごとの営業日								
		営業時間	サービス提供時間(送迎時間を除く) : ~ :								
		利用定員	人								
利用料		法定代理受領分(利用者負担分)									
		法定代理受領分以外									
食事の提供に要する費用											
通常の事業実施地域											
運営推進会議の有無	有 ・ 無 ・ 予定										
添付書類			別添のとおり								

- 備考
- 「基準上の必要人数」「適合の可否」欄は記入しないでください。
 - 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。
 - 「種別」欄には、認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設の別を記入してください。
 - 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。
 - 従業者の職種・員数については、本体事業と当該事業を併せた員数を記載してください。
 - 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

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) (2単位目以降)

2 単 位 目	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)									
		基準上の必要人員(人)									
	適合の可否										
	2 食堂及び機能訓練室の合計面積										
					m ²						
	主な 掲 示 事 項	営業日	単位ごとの営業日								
		営業時間	サービス提供時間(送迎時間を除く) : ~ :								
利用定員		人									
利用料		法定代理受領分(利用者負担分)									
		法定代理受領分以外									
食事の提供に要する費用											
通常の事業実施地域											
運営推進会議の有無		有 ・ 無 ・ 予定									
添付書類	別添のとおり										
3 単 位 目	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)									
		基準上の必要人員(人)									
	適合の可否										
	3 食堂及び機能訓練室の合計面積										
					m ²						
	主な 掲 示 事 項	営業日	単位ごとの営業日								
		営業時間	サービス提供時間(送迎時間を除く) : ~ :								
利用定員		人									
利用料		法定代理受領分(利用者負担分)									
		法定代理受領分以外									
食事の提供に要する費用											
通常の事業実施地域											
運営推進会議の有無		有 ・ 無 ・ 予定									
添付書類	別添のとおり										

付表2-3 (要綱第2条(2)関係)

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	
1 単 位 目	主な 掲 示 事 項	食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積		
			m ²	
	営業日	営業日		
	営業時間	サービス提供時間(送迎時間を除く) : ~ :		
	利用定員	人		
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)		
		法定代理受領分以外		
食事の提供に要する費用				
通常の事業実施地域				

- 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 一のローテーションにおいて、事業所を複数有するときは、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。

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の記載事項 (2単位以降)

2 単 位 目	主 な 掲 示 事 項	食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積	
			m ²
		営業日	営業日
		営業時間	サービス提供時間(送迎時間を除く) : ~ :
		利用定員	人
		利用料	法定代理受領分(利用者負担分)
			法定代理受領分以外
食事の提供に要する費用			
通常の事業実施地域			
3 単 位 目	主 な 掲 示 事 項	食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積	
			m ²
		営業日	営業日
		営業時間	サービス提供時間(送迎時間を除く) : ~ :
		利用定員	人
		利用料	法定代理受領分(利用者負担分)
			法定代理受領分以外
食事の提供に要する費用			
通常の事業実施地域			

付表 3-1 (要綱第 2 条 (3) 関係)

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 -) 県 都市							
	連絡先	電話番号				FAX 番号			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第	条第	項第	号	
併設施設等	種別			名称			事業所番号		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	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							
通いサービスの利用者数 (推定数を記入)				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		
従業者の職種・員数		介護従業者		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)									
基準上の必要人数 (人)									
適合の可否									
建物構造概要	耐火構造物、準耐火構造物等の別								
	居間及び食堂の合計面積		㎡		基準上の必要面積		㎡以上		適合の可否
	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		基準上の必要面積 ㎡以上 適合の可否
主な揭示事項	営業日								
	営業時間		: ~ :						
	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						
	利用料		法定代理受領分 (利用者負担分)						
			法定代理受領分以外						
	食事の提供に要する費用								
	宿泊に要する費用								
通常の事業実施地域									
療協機力関	名称			主な診療科名					
	名称			主な診療科名					
運営推進会議の有無		有 ・ 無 ・ 予定							
添付書類		別添のとおり							

- 備考
- 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要面積」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 3 「併設施設等」欄には、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設の別を記載してください。
 - 4 「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。
 - 5 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表4（要綱第2条（4）関係）

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 -) 県 郡市							
	連絡先	電話番号			FAX 番号				
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文				第 条第 項第 号					
管理者	フリガナ	住所		(郵便番号 -)					
	氏名								
	生年月日								
	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							
共同生活住居数	戸	①		②					
利用者数（推定数を記入）	人	人		人					
従業者の職種・員数		介護従業者		介護従業者		計画作成担当者			
		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）							
		基準上の必要人数（人）							
適合の可否									
主な揭示事項	居室数		(うち個室 室)		(うち個室 室)				
	利用定員		人		人				
	利用料	法定代理受領分（利用者負担分）							
		法定代理受領分以外							
その他の費用									
関 協力医療機	名称				主な診療科名				
	名称				主な診療科名				
耐火構造物、準耐火構造物等の別									
運営推進会議の有無		有 ・ 無 ・ 予定							
添付書類		別添のとおり							

- 備考 1 「基準上の必要人数」「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 「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 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。
 5 ユニットが複数ある場合は、各ユニットの内容を太枠内①②にそれぞれ記入してください。

付表5（要綱第2条（5）関係）

地域密着型特定施設入居者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 -)									
		県					郡市				
連絡先	電話番号					FAX番号					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第 条第 項第 号						
施設の区分	有料老人ホーム				施設開設年月日						
	軽費老人ホーム				施設開設年月日						
	高齢者専用賃貸住宅				施設開設年月日						
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)				
	氏名										
	生年月日										
	当該特定施設で兼務する他の職種（兼務の場合のみ）										
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）		名称				事業所番号				
		兼務する職種及び勤務時間等									
利用者数（推定数を記入）		人		（前年の平均値、新規の場合は推定数を記入）							
		要介護者		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		計画作成担当者		
	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）										
	基準上の必要人数（人）										
	適合の可否										
主な 揭示事項	入居定員										
	居室数										
	利用料		法定代理受領分（利用者負担分）								
			法定代理受領分以外								
その他の費用											
機 関 協 力 医 療	名称				主な診療科名						
	名称				主な診療科名						
	名称				主な診療科名						
概 要	耐火建築物、準耐火建築物等の別										
	介護居室の1室の最大定員				基準上の必要数値		適合の可否				
	人				人以下						
運営推進会議の有無		有 ・ 無 ・ 予定									
添付書類		別添のとおり									

- 備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 「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 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表6（要綱第2条（6）関係）

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定に係る記載事項

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地		(郵便番号 -) 県 都市						
	連絡先		電話番号				FAX番号		
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文			第 条第 項第 号						
管理者	フリガナ		住所		(郵便番号 -)				
	氏名								
	生年月日								
	同一敷地内の他の事業所、施設又は は本体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						
	本体施設の有無		有 ・ 無						
	併設事業所の有無		有 ・ 無		併設事業所の名称、定員				
	短期入所生活介護の実施の有無		有 ・ 無		事業の実施形態		空床型 ・ 併設型		
	入居者数（推定数を記入）		人		短期入所利用者数(併設型の場合)		人(推定数を記入)		
	従業者の職種・員数		医師		生活相談員		介護職員		看護職員
		専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務
地域密着型介護老人福祉施設及 び短期入所生活介護従事者数		常勤(人)							
		非常勤(人)							
常勤換算後の人数(人)		/							
基準上の必要人数(人)									
適合の可否									
		栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置しない 場合の措置	
		専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務		
地域密着型介護老人福祉施設及 び短期入所生活介護従事者数		常勤(人)						/	
		非常勤(人)							
常勤換算後の人数(人)		/							
基準上の必要人数(人)									
適合の可否									
設備基準上の数値記載項目等		地域密着型介護老人福祉施設			短期入所生活介護				
		基準上の必要値		適合の可否		基準上の必要値		適合の可否	
居室	1室の最大定員	人	人以下		人	人以下			
	入所者1人あたりの最小床面積	m ²	m ²		m ²	m ²			
食堂と機能訓練室の合計面積		m ²	m ²		m ²	m ²			
廊下	片廊下の幅	m	m		m	m			
	中廊下の幅	m	m		m	m			
主な揭示事項									
入所(利用)定員					人		人		
利用料	法定代理受領分 (利用者負担分)								
	法定代理受領分以外								
その他の費用									
療協 機力 関医	名称				主な診療科名				
	名称				主な診療科名				
運営推進会議の有無		有 ・ 無 ・ 予定							
添付書類		別添のとおり							

- 備考1 「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 3 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態（空床型・併設型の別）」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方に○を付してください。
 - 4 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の主な揭示事項、設備基準上の数値記載項目等欄については、記載を要しません。
 - 5 「※兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記載してください。
 - 6 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。
 - 7 当該指定地域密着型介護福祉施設サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型介護福祉施設サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表 7-1 (要綱第 2 条 (7) 関係)

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 都市										
	連絡先	電話番号					FAX 番号					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第 条第 項第 号							
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 ー)					
	氏名											
	生年月日											
	事業所内の従業者との兼務の有無	有 ・ 無		職種 :								
	他事業所の従業者との兼務の有無	有 ・ 無		事業所の名称								
			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 ー)						
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)										
		基準上の必要人数 (人)										
適合の可否												
主な揭示事項	営業日											
	営業時間	: ~ :										
	利用料	法定代理受領分 (利用者負担分)										
		法定代理受領分以外										
	その他の費用											
	通常の事業実施地域											
介護・医療連携推進会議の有無	有 ・ 無 ・ 予定											
添付書類	別添のとおり											

- 備考
- 「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 他の市町村の区域においても事業の実施を予定している場合、「予定利用者数」欄に他の市町村の予定利用者数を記入してください。
 - 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。
 - 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
 - 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表 7-2 (要綱第 2 条 (7) 関係)

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	
主な 揭示 事項	営業日			
	営業時間	: ~ :		
	利用料	法定代理受領分 (利用者負担分)		
		法定代理受領分以外		
	その他の費用			
通常の事業実施地域				
添付書類		別添のとおり		

備考 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。

付表 8 (要綱第 2 条 (8) 関係)

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			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第 条第 項第 号				
併設施設等	種別			名称			事業所番号		
訪問看護事業所の指定の有無	(有・無)	病院、診療所、訪問看護ステーションの別							
	名称			事業所番号					
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名								
	生年月日								
	事業所内の従業者との兼務の有無	(有・無)	(職種 :)						
	他事業所の従業者との兼務の有無	(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					
通いサービスの利用者数 (推定数を記入)				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		
従業者の職種・員数		介護従事者		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)							
		基準上の必要人数 (人)							
適合の可否									
建築構造概要	耐火構造物、準耐火構造物等の別								
	居間及び食堂の合計面積		m ²		適合の可否				
	個室の宿泊室	室	うち床面積 6.4 m ² 以上 7.43 m 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	基準上の必要数値	m ² 以上	適合の可否		
主な揭示事項	営業日								
	営業時間		: ~ :						
	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						
	利用料		法定代理受領分 (利用者負担分)						
			法定代理受領分以外						
	食事の提供に要する費用								
	宿泊に要する費用								
通常の事業実施地域									
療協機関力医	名称			主な診療科名					
	名称			主な診療科名					
運営推進会議の有無			有 ・ 無 ・ 予定						
添付書類			別添のとおり						

(備考)

- 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別に記載した書類を添付してください。
- 3 「併設施設等」欄には、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設の別を記載してください。
- 4 「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。
- 5 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表 8 - 1 の次に次の 2 様式を加える。

地域密着型通所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					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第 条第 項第 号						
併設事業所の種別、名称					事業所番号						
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)					
	氏名										
	生年月日										
	当該地域密着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									
1 単位目	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)										
	基準上の必要人員(人)										
	適合の可否										
	食堂及び機能訓練室の合計面積										
				m ²							
	主な 揭示 事項	営業日	単位ごとの営業日								
		営業時間	サービス提供時間(送迎時間を除く) : ~ :								
利用定員		人									
利用料		法定代理受領分(利用者負担分)									
		法定代理受領分以外									
食事の提供に要する費用											
通常の事業実施地域											
運営推進会議の有無		有 ・ 無 ・ 予定									
添付書類		別添のとおり									

- 備考
- 「基準上の必要人数」「適合の可否」欄は記入しないでください。
 - 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。
 - 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。
 - 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。
 - 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項(2単位目以降)

2 単位目	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)											
	基準上の必要人員(人)											
	適合の可否											
	食堂及び機能訓練室の合計面積											
				m ²								
	主な 揭示 事項	営業日		単位ごとの営業日								
		営業時間		サービス提供時間(送迎時間を除く) : ~ :								
		利用定員		人								
		利用料		法定代理受領分(利用者負担分)								
				法定代理受領分以外								
		食事の提供に要する費用										
通常の事業実施地域												
運営推進会議の有無		有 ・ 無 ・ 予定										
添付書類		別添のとおり										
3 単位目	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)											
	基準上の必要人員(人)											
	適合の可否											
	食堂及び機能訓練室の合計面積											
				m ²								
	主な 揭示 事項	営業日		単位ごとの営業日								
		営業時間		サービス提供時間(送迎時間を除く) : ~ :								
		利用定員		人								
		利用料		法定代理受領分(利用者負担分)								
				法定代理受領分以外								
		食事の提供に要する費用										
通常の事業実施地域												
運営推進会議の有無		有 ・ 無 ・ 予定										
添付書類		別添のとおり										

地域密着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の記載事項

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地		(郵便番号 -) 県 都市		
1 単 位 目	主な 掲 示 事 項	連絡先	電話番号	FAX 番号	
		食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積			
				m ²	
		営業日	営業日		
		営業時間	サービス提供時間(送迎時間を除く) : ~ :		
		利用定員	人		
		利用料	法定代理受領分(利用者負担分)		
	法定代理受領分以外				
	食事の提供に要する費用				
	通常の事業実施地域				

- 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 一のローテーションにおいて、事業所を複数有するときは、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。

地域密着型通所介護事業所を事業所所在地以外の場所で

一部実施する場合の記載事項 (2単位以降)

2 単 位 目	食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積		
		m ²	
	主な 掲 示 事 項	営業日	営業日
		営業時間	サービス提供時間(送迎時間を除く) : ~ :
		利用定員	人
		利用料	法定代理受領分(利用者負担分)
			法定代理受領分以外
食事の提供に要する費用			
通常の事業実施地域			
3 単 位 目	食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積		
		m ²	
	主な 掲 示 事 項	営業日	営業日
		営業時間	サービス提供時間(送迎時間を除く) : ~ :
		利用定員	人
		利用料	法定代理受領分(利用者負担分)
			法定代理受領分以外
食事の提供に要する費用			
通常の事業実施地域			

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、告示の日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行前に、改正前の四日市市指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に必要書類に関する要綱の規定に基づいて作成した申請書の用紙は、当分の間、これを使用することができる。

(健康福祉部介護・高齢福祉課)

