

深川市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱

平成29年3月31日

訓令第15号

(趣旨)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）及び介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「省令」という。）に定めるもののほか、法第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の実施について必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱における用語の意義は、法、省令、介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針（平成27年厚生労働省告示第196号）及び地域支援事業の実施について（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知。以下「通知」という。）において使用する用語の例による。

(事業の構成等)

第3条 市長は、総合事業として、次に掲げる事業を行うものとし、事業内容、対象者等は別表に定めるとおりとする。

(1) 介護予防・生活支援サービス事業

ア 訪問型サービス（法第115条の45第1項第1号イに規定する事業をいう。以下同じ。）

(ア) 訪問型サービスA

(イ) 訪問型サービスC

イ 通所型サービス（法第115条の45第1項第1号ロに規定する事業をいう。以下同じ。）

(ア) 通所型サービスA

(イ) 通所型サービスC

ウ 介護予防ケアマネジメント（法第115条の45第1項第1号ニに規定する事業をいう。以下同じ。）

(2) 一般介護予防事業

ア 介護予防把握事業

イ 介護予防普及啓発事業

ウ 地域介護予防活動支援事業

エ 一般介護予防事業評価事業

オ 地域リハビリテーション活動支援事業

(総合事業の実施方法)

第4条 市長は、総合事業を次の各号に掲げる事業の区分に応じ、当該各号に定める方法により行うものとする。

(1) 介護予防・生活支援サービス事業 次に掲げるいずれかの方法

ア 市の職員が直接利用者に対して支援等を実施する方法

イ 市が省令第140条の69に定める基準に適合する者に対して委託して実施する方法

ウ 法第115条の45の3第1項に規定する指定事業者により実施する方法

エ 地域において活動しているNPO法人やボランティア等に対して、立ち上げ経費や活動に要する費用に対して補助することにより実施する方法

(2) 一般介護予防事業 次に掲げるいずれかの方法

ア 市の職員が直接利用者に対して支援等を実施する方法

イ 高齢者の介護予防活動支援を行うために必要な専門職等が配置されており、適切か

つ効果的な介護予防サービスが提供できる事業者に委託する方法

(第1号事業支給費の支給)

第5条 第1号事業支給費（法第115条の45の3第1項の第1号事業支給費をいう。）の額は、第3条第1号の介護予防・生活支援サービス事業にあっては深川市介護予防・日常生活支援総合事業の費用の額の算定に関する基準を定める要綱（平成29年深川市訓令第17号。以下「費用の額の算定基準」という。）に定める額とする。

(利用料等)

第6条 総合事業の利用者は、法第115条の45第9項及び省令第140条の63の規定に基づき、介護予防・生活支援サービス事業にあっては費用の額の算定基準に定める利用料を負担しなければならない。

2 総合事業の実施の際に、食費、原材料費等の実費が生じたときは、当該実費は利用者の負担とする。

3 第1項の利用料及び前項の実費は、利用者が総合事業を実施する機関に直接納付するものとする。

(支給限度額)

第7条 法第7条第4項に規定する要支援者及び第1号事業のサービス事業支給費の支給限度額は、要支援1の介護予防サービス費等の区分支給限度額とする。

2 前項の規定にかかわらず、利用者の状態（退院直後で集中的にサービス利用することが自立支援につながると考えられるような場合等をいう。）により、市長が必要と認めた場合は、事業対象者のサービス事業支給費の支給限度額は、要支援2の介護予防サービス費等の区分支給限度額とすることができる。

(保険料滞納者に係る支払方法の変更)

第8条 市長は、保険料を滞納している総合事業の利用者が、当該保険料の納期限から1年が経過するまでの間に当該保険料を納付しない場合においては、特別の事情があると認める場合を除き、法第115条の45の3第3項の規定は、適用しないことができる。

(第1号事業支給費の支払一時差止)

第9条 市長は、総合事業による給付を受ける法第9条第1号に規定する第1号被保険者である総合事業の利用者が保険料を滞納しており、かつ、当該保険料の納期限から1年6か月が経過するまでの間に当該保険料を納付しない場合においては、特別の事情があると認める場合を除き、第1号事業支給費の全部又は一部の支払いを一時差し止めることができる。

(給付制限)

第10条 市長は、省令第140条の62の4第2号に規定する厚生労働大臣が定める基準の該当の有無の判断をした場合において、当該基準に該当した第1号被保険者について保険料徴収権消滅期間があるときは、法第69条の規定の例により、第1号事業支給費の給付を制限することができる。

2 市長は、総合事業による給付を受けるサービス利用者が法第69条に規定する給付額減額等の記載を受けているときは、当該記載を受けた日の属する月の翌月の初日から当該給付額の減額期間が経過するまでの間に利用した指定事業者による総合事業のサービスに係る第1号事業支給費について、第5条の規定を適用する場合においては、費用の額の算定基準第3条中「100分の90」及び「100分の80」とあるのは「100分の70」と、「100分の70」とあるのは「100分の60」と読み替えた額とする。

(高額介護予防サービス費等相当事業)

第11条 市長は、第3条第1号ア（ア）及び同号イ（ア）の事業について、法第61条に規定する高額介護予防サービス費及び法第61条の2に規定する高額医療合算介護予防サービス費に相当する額（次項において「高額介護予防サービス費等相当額」という。）を

支給するものとする。

- 2 高額介護予防サービス費等相当額の支給要件、支給額その他高額介護予防サービス費等相当額に関して必要な事項は、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第29条の2の2及び第29条の3の規定を準用する。

（指定事業者の指定）

第12条 法第115条の45の5第1項の指定を受けようとする者は介護予防・日常生活支援総合事業者指定申請書（別記様式第1号）を市長に提出しなければならない。

- 2 法第115条の45の6第1項の指定の更新を受けようとする者は指定更新申請書（別記様式第2号）を市長に提出しなければならない。

- 3 市長は、前2項の指定又は指定の更新をしたときは、深川市介護予防・日常生活支援総合事業者指定・指定更新通知書（別記様式第3号）を交付するものとする。

（指定事業者の指定基準）

第13条 指定事業者の指定は、事業所ごとに、深川市介護予防・日常生活支援総合事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成29年深川市訓令第17号）に従って行わなければならない。

（指定の有効期間）

第14条 指定事業者の指定の有効期間（法第115条の45の6第1項の厚生労働省令で定める期間をいう。）は、6年間とする。

（指定拒否）

第15条 指定事業者の指定については、事業所が第10条に規定する指定基準を満たした場合であっても、当該事業所に係る指定事業者の指定を行うことにより本市のサービス事業の供給量を超過する場合その他の本市における地域支援事業の円滑かつ適切な実施に支障が生じるおそれがあると認められる場合においては、当該事業所に係る指定事業者の指定をしないことができる。

（変更等の届出）

第16条 指定事業者は、省令第140条の63の5第1項に掲げる事項に変更があった場合は、当該変更のあった日から10日以内に変更届（別記様式第4号）を市長に提出しなければならない。

- 2 指定事業者は、指定又は指定の更新にかかる事業の廃止、休止又は再開をしようとする場合は、当該廃止、休止又は再開の日の1月前までに廃止・休止届（別記様式第5号）又は再開届（別記様式第6号）を市長に提出しなければならない。

（指定事業者の指定の取消し等）

第17条 市長は、法第115条の45の9の規定により指定事業者の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定事業者の全部若しくは一部の効力を停止する場合は、深川市介護予防・日常生活支援総合事業者取消・停止通知書（別記様式第7号）により、当該指定事業者に通知するものとする。

（事業の委託）

第18条 市長は、総合事業を法第115条の47第4項に規定する厚生労働省令で定める基準に適合する者（事業対象者に対して行う深川市介護予防ケアマネジメント実施要綱（平成29年深川市訓令第16号）に定める介護予防ケアマネジメントにあつては、同条第1項の厚生労働省令で定める者）に委託して実施することができる。

（補助）

第19条 市長は、別に定めるところにより、総合事業（介護予防ケアマネジメントを除く。）を行うものに対して経費の一部を予算の範囲内で補助することができる。

（医療機関との連携）

第20条 市長は、総合事業を実施するに当たり、医療機関との連携が必要であると認める

ときは、当該事業を利用する者に対し診療情報提供書等の提出を求めることができる。

(事業対象者の有効期間)

第21条 事業対象者の有効期間は、基本チェックリストの記入によって事業対象者となった日から、ケアマネジメント等により事業対象者の基準に該当しなくなった日までとする。

(その他)

第22条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この訓令は、平成29年4月1日から施行する。

附 則 (令和元年9月13日訓令第36号)

この訓令は、令和元年10月1日から施行する。

附 則 (令和2年3月26日訓令第26号)

この訓令は、令和2年4月1日から施行する。

附 則 (令和3年7月12日訓令第46号)

この訓令は、令和3年7月12日から施行し、改正後の深川市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱の規定は、令和3年4月1日から適用する。

附 則 (令和5年2月17日訓令第8号)

この訓令は、令和5年2月17日から施行する。

別表 (第3条関係)

区分	サービスの種類		事業内容	対象者
介護予防・生活支援サービス事業	訪問型サービス (第1号訪問事業)	訪問型サービスA	主に雇用されている労働者により提供される訪問型サービスであって、旧介護予防訪問介護に係る基準よりも緩和した基準 (この表において「訪問型サービスA運営基準」という。) によるもの	要支援者及び事業対象者のうち、介護予防ケアマネジメントで事業の利用が必要である者 (認知症等の専門的支援が必要な者を除く。)
		訪問型サービスC	保健・医療の専門職により提供される訪問型サービスであって、3か月間から6か月間までの短期間で行われるもの	要支援者及び事業対象者のうち、介護予防ケアマネジメントで事業の利用が必要である者
	通所型サービス (第1号通所事業)	通所型サービスA	主に雇用されている労働者により提供される通所型サービスであって、旧介護予防通所介護に係る基準よりも緩和した基準 (この表において「通所型サービスA運営基準」という。) によるもの	要支援者及び事業対象者のうち、介護予防ケアマネジメントで事業の利用が必要である者 (認知症等の専門的支援が必要な者を除く。)
		通所型サービスC	保健・医療の専門職により提供される通所型サービスであって、3か月間から6か月間までの短期間で行われるもの	要支援者及び事業対象者のうち、介護予防ケアマネジメントで事業の利用が必要である者

	介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）	介護予防及び生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境等に応じて、本人の選択に基づき、適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行う事業	要支援者（法第8条の2第1項に規定する介護予防サービスを利用するため法第58条第1項に規定する指定介護予防支援を受けている者を除く。）及び事業対象者
一般介護予防事業	介護予防把握事業	介護予防の普及及び啓発を行う事業	65歳以上の者及びその支援のための活動に関わる者
	介護予防普及啓発事業		
	地域介護予防活動支援事業		
	一般介護予防事業評価事業		
	地域リハビリテーション活動支援事業		

備考 訪問型サービスA運営基準及び通所型サービスA運営基準は以下のとおりとする。

1 訪問型サービスA運営基準

項目	摘要
人員	1 管理者 専従1人以上 2 従業者 必要数（資格要件：介護福祉士、介護職員初任者研修修了者、市が別に定める研修項目を終了したことにより認定を受けた者） 3 訪問事業責任者 従業者のうち必要数（資格要件：介護福祉士、介護職員初任者研修修了者）
設備	1 事業の運営に必要な広さを有する専用の区画 2 必要な設備・備品
運営	1 個別サービス計画の作成 2 運営規定等の利用者への説明と同意 3 従業者の清潔の保持と健康状態の管理 4 従業者または従業者であった者の秘密保持 5 緊急時等の対応 6 事業所の廃止と休止の届出と便宜の提供

2 通所型サービスA運営基準

項目	摘要
人員	1 管理者 専従1人以上 2 介護職員 利用者15人まで専従職員1人以上 利用者15人を超えて1人につき専従職員0.1人以上
設備	1 サービスを提供するために必要な場所として、3平方メートル×利用定員以上 2 消火設備その他の非常災害に必要な設備 3 必要なその他の設備・備品
運営	1 個別サービス計画の作成

- | | |
|---|--------------------|
| 2 | 運営規定等の利用者への説明と同意 |
| 3 | 従業者の清潔の保持と健康状態の管理 |
| 4 | 個人情報等の秘密保持 |
| 5 | 緊急時等の対応 |
| 6 | 事業所の廃止と休止の届出と便宜の提供 |

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所

指定申請書

年 月 日

深川市長 殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ										
	名称										
	主たる事務所の所在地	(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									
	法人等の種類										
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ氏 名		生年月日					
代表者の住所	(郵便番号 —) 都 道 市 区 府 県 町 村										
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に ☒											☐
指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行う事業等の種類	指定申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(登録)を受けている事業等(該当事業に○)	指定申請をする事業等の開始予定年月日	様 式						
	介護予防訪問介護相当サービス				付表1						
	緩和した基準による訪問型サービス(定率)										
	緩和した基準による訪問型サービス(定額)										
	介護予防通所介護相当サービス				付表2						
	緩和した基準による通所型サービス(定率)										
	緩和した基準による通所型サービス(定額)										
既に指定(登録)を受けている事業所の種類(該当に○)	訪問介護										
	基準該当訪問介護										
	通所介護										
	基準該当通所介護										
	地域密着型通所介護										
介護保険事業所番号		(既に指定又は許可を受けている場合)									
指定を受けている他市町村名											
医療機関コード等		(保険医療機関として指定を受けている場合)									

備考

- 「指定申請対象事業等」「既に指定(登録)を受けている事業等」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。

指定更新申請書

年 月 日

深川市長 殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定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。

申請者	フリガナ 名称														
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村													
	連絡先	電話番号 Email	(内線)				FAX番号								
	代表者の職名・氏名・ 生年月日	職名	フリガナ 氏 名				生年月日								
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村													
事業所	事業等の種類					介護保険事業所番号									
	指定有効期間満了日														
	フリガナ 名称														
	所在地	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村													
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき														
管理者	フリガナ 氏名					生年月日									
	住所	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村													

- 備考 1 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本 登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。
- 2 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。
- 3 「当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

別添 1 誓約書(参考様式5)

別記様式第3号（第12条関係）

深川市指令第 号

指定
深川市介護予防・生活支援サービス事業者 通知書
指定更新

第115条の45の5第1項
介護保険法 の規定により、深川市介護予防・生活支援総合
第115条の45の6第1項

指定
事業者として します。
指定を更新

年 月 日

深川市長

介護保険事業所番号	
事業所の名称	
事業所の所在地	
サービスの種類	
指定の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで

変更届出書

年 月 日

深川市長 殿 所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しま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等		名称													
		所在地													
サービスの種類															
変更年月日		年 月 日													
変更があった事項(該当に○)		変更の内容													
	事業所の名称	(変更前)													
	事業所の所在地														
	申請者の名称														
	主たる事務所の所在地														
	法人等の種類														
	代表者の氏名、生年月日及び住所														
	登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)														
	事業所の建物の構造及び平面図並びに設備の概要	(変更後)													
	利用者の推定数、利用者の定員														
	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所														
	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴														
	運営規程														
	その他														

備考 1 「(参考) 変更届への標準添付書類一覧」を確認し、必要書類を添付してください。

2 法人等の種類は、「社会福祉法人（社協以外）」、「社会福祉法人（社協）」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人（NPO）」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体（都道府県）」、「地方公共団体（市町村）」、「地方公共団体（広域連合・一部事務組合等）」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。

3 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の（変更前）と（変更後）欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

別記様式第5号(第16条関係)

廃止・休止届出書

年 月 日

殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

[illegible]

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。

別記様式第6号(第16条関係)

再開届出書

年 月 日

深川市長 殿 所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号																			
再開した事業所	名称																			
	所在地																			
サービスの種類																				
再開した年月日	年 月 日																			

備考 事業の再開に係る届出にあつては、従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)を添付してください。

別記様式第7号（第17条関係）

年 月 日

様

深川市長

印

深川市介護予防・生活支援総合事業者取消・停止通知書

介護保険法第115条の45の9の規定により、次のとおり深川市介護予防・生活支援総合事業者の指定を取消（停止）したので通知します。

- 1 事業者名
- 2 代表者の職名及び氏名
- 3 事業所（施設）の名称及び所在地
- 4 介護保険事業者番号
- 5 サービスの種類
- 6 指定取消・停止年月日

教示 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に深川市長に対して審査請求をすることができます。この処分の取消しを求める訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内（前期の審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内）に、深川市を被告（深川市長が被告の代表者となります。）として提起することができます。

ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、正当な理由があるときを除き、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

付表1 訪問型サービス事業所の指定に係る記載事項

サービス種類(該当に○)		介護予防訪問介護相当サービス		緩和した基準による訪問型サービス		定率		
						定額		
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						
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 —)			
	氏 名							
	生年月日							
	訪問介護員等との兼務の有無				□有 □無			
	同一敷地内の他の事業所又は 施設の従業者との兼務(兼務の 場合記入)	名称						
		兼務する職種 及び勤務時間等						
○人員に関する基準の確認に必要な事項								
従業者の職種・員数		訪問介護員等						
		専 従		兼 務				
		常 勤(人)						
		非常勤(人)						
		常勤換算後の人数(人)						
利用者の推定数(人)								
サービス提供 責任者 ※介護予防訪問介護相当 サービス該当時	フリガナ			住所	(郵便番号 —)			
	氏 名							
	フリガナ			住所	(郵便番号 —)			
	氏 名							
添付書類		別添のとおり						

(訪問型サービス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別様に記載した書類を添付してください。
- 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
- 3 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

付表2-1 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項

サービス種類(該当に○)		介護予防通所介護相当サービス				緩和した基準による通所型サービス		定率		
								定額		
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					
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 —)					
	氏 名									
	生年月日									
	当該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 (兼務の場合記入)	名称								
		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								

付表2-2(通所型サービス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									
○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							
添付書類		平面図								

- 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。
 - 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。
 - 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。
 - 当該事業を事業所所在地以外の場所 (いわゆる出張所) で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
 - サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

別記様式第1号 (第12条関係)

別記様式第2号 (第12条関係)

別記様式第3号 (第12条関係)

別記様式第4号 (第16条関係)

別記様式第5号 (第16条関係)

別記様式第6号 (第16条関係)

別記様式第7号 (第17条関係)

付表1

付表2—1

付表2—2