

受付確認票①

| | | | |
|-----|-------------|----------------|---------------------|
| 受付日 | 平成 年 月 日() | 受付機関 受付者 | 介護福祉課 |
| 本人 | 被保険者番号 | 要介護度 | 要支援(1・2), 要介護, 未申請 |
| | ふりがな | 認定期間 ※認定者のみ | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 |
| | 氏名 | | |
| | 生年月日 | 大正・昭和 年 月 日 | 年齢 |
| 住所 | | 電話番号 | 自宅・携帯・勤務先 — — |
| 代理人 | ふりがな | 続柄 | 自宅・携帯・勤務先 |
| | 氏名 | | 日中の連絡先 — — |
| | 住所 | | |

| 項目 | 確認事項 | チェック欄 |
|---------------|---|--------------------------|
| 利用希望するサービスの内容 | 1 介護予防としての住民の通いの場や健康教室等を利用したい。 | |
| | 2 「訪問介護」の生活支援(掃除や買い物等)サービスを利用したい。 ※回数・内容等はケアマネジメントで決定されます。介護者がいない独居や高齢者世帯等が対象です。 | <input type="checkbox"/> |
| | 3 「通所介護」を利用して、他者との交流や運動する機会をつくりたい。 ※回数・内容はケアマネジメントで決定されます。 | <input type="checkbox"/> |
| | 4 一人で自宅で入浴できないので、デイサービスで入浴したい。 ※入浴できない理由(浴室の床が滑りやすい, 浴槽がまたげない, つかまる所が少ない,) | <input type="checkbox"/> |
| | 5 下記の介護サービスを利用したい。(希望するサービスに○) 1. 訪問看護 2. ショートステイ 3. デイケア(通所リハビリ) 4. 訪問入浴 5. 福祉用具レンタル 6. 住宅改修・福祉用具購入 7. グループホーム | <input type="checkbox"/> |
| | 6 施設等に入所(特養, 老健, 有料老人ホーム, サービス付き高齢者住宅等)したい。 | <input type="checkbox"/> |
| | 7 利用希望するサービスはないが認定を受けたい。 ※念のための申請は必要時に申請するよう促す。 | <input type="checkbox"/> |
| 本人の状態 | 8 一人でタクシーや交通機関を利用して外出できる。 | <input type="checkbox"/> |
| | 9 身の回りのこと(排泄, 着替え等)や薬の内服管理・金銭管理が自分で行える。 | <input type="checkbox"/> |
| | 10 かかってきた電話の対応や伝言を伝えることができる。 | <input type="checkbox"/> |
| | 11 歩行や立ち座りに介助が必要で、一人で外出できない。 | <input type="checkbox"/> |
| | 12 認知症状(物忘れ・同じ話をする等)がみられ、薬の内服(時間や種類など処方どおりに飲む), 電話の利用(電話をかける・用件を伝える)等に介助を受けている。 | <input type="checkbox"/> |
| | 13 入院または療養中で介護サービスが必要である。 または主治医から認定申請を勧められた。 | <input type="checkbox"/> |
| | 14 64歳以下で特定疾病がある。 | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|-------------------------------------|---|--------|
| 「2」~「4」のいずれか, かつ「8」~「10」のいずれかに該当する。 | ⇒基本チェックリスト実施対象者です。 | □(I) |
| 「5」~「7」・「11」~「14」のいずれかに該当する。 | ⇒基本チェックリスト実施対象外です。 要介護認定申請手続きをしてください。 | □(II) |
| 上記以外で「1」に該当する。 | ⇒基本チェックリスト実施対象外です。 一般介護予防事業の紹介をしてください。 | □(III) |

表7 基本チェックリスト様式

記入日:平成 年 月 日()

| 氏名 | | 住所 | |
|------------|---|--------------------|-------|
| 希望するサービス内容 | | | |
| No. | 質問項目 | 回答:(いずれかに○をお付け下さい) | |
| 1 | バスや電車で1人で外出していますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 2 | 日用品の買物をしていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 3 | 預貯金の出し入れをしていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 5 | 家族や友人の相談にのっていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 6 | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 7 | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 8 | 15分位続けて歩いていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 9 | この1年間に転んだことがありますか | 1.はい | 0.いいえ |
| 10 | 転倒に対する不安は大きいですか | 1.はい | 0.いいえ |
| 11 | 6カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか | 1.はい | 0.いいえ |
| 12 | 身長 cm 体重 kg (注) | | |
| 13 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | 1.はい | 0.いいえ |
| 14 | お茶や汁物等でむせることがありますか | 1.はい | 0.いいえ |
| 15 | 口の渇きが気になりますか | 1.はい | 0.いいえ |
| 16 | 週に1回以上は外出していますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 17 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | 1.はい | 0.いいえ |
| 18 | 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか | 1.はい | 0.いいえ |
| 19 | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 20 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | 1.はい | 0.いいえ |
| 21 | (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない | 1.はい | 0.いいえ |
| 22 | (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった | 1.はい | 0.いいえ |
| 23 | (ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる | 1.はい | 0.いいえ |
| 24 | (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない | 1.はい | 0.いいえ |
| 25 | (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする | 1.はい | 0.いいえ |

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。

表8 事業対象者に該当する基準

| |
|--|
| ① 様式第一の質問項目No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当 |
| ② 様式第一の質問項目No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当 |
| ③ 様式第一の質問項目No.11～12までの2項目のうちすべてに該当 |
| ④ 様式第一の質問項目No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当 |
| ⑤ 様式第一の質問項目No.16に該当 |
| ⑥ 様式第一の質問項目No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当 |
| ⑦ 様式第一の質問項目No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当 |

(注) この表における該当 (No.12を除く。)とは、様式第一の回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」も該当することをいう。

この表における該当 (No.12に限る。)とは、 $BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)} \div \text{身長 (m)}$ が 18.5未満の場合をいう。

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|---------------------------------|--|-----|--|
| <input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画作成依頼 | | 区 分 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント依頼 | | 新規・変更 | | | | | |
| 被 保 険 者 氏 名 | | | | 被 保 険 者 番 号 | | | |
| フリガナ | | | | | | | |
| | | | | 個 人 番 号 | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | 生 年 月 日 | | 性 別 | |
| | | | | 明・大・昭 年 月 日 | | 男・女 | |
| 介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター | | | | | | | |
| 介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名及び事業所番号 | | | | 介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地 | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | 電話番号 () | | | |
| 介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。 | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所名及び事業所番号 | | | | 居宅介護支援事業所の所在地 | | 〒 | |
| | | | | | | | |
| | | | | 電話番号 () | | | |
| 介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 ※変更する場合のみ記入してください。 | | | | | | | |
| 変更年月日 (平成 年 月 日付) | | | | | | | |
| 守谷市長 様 上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。 | | | | | | | |
| 平成 年 月 日 被保険者 住 所 氏 名 電話番号 () | | | | | | | |
| 確認欄 | | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 交付（窓・郵） <input type="checkbox"/> 回収（窓・郵） | | | | | |

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに守谷市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず守谷市へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

受付番号

守谷市介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定（更新）申請書

平成 年 月 日

守谷市長 殿

事業者 所在地
 名称
 代表者氏名 印

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、関係書類と添えて申請します。

| | | | | | | |
|------------------|------------------------------|----------------|------|---------------------|--------------------|------------|
| 申請者 | フリガナ | | | | | 事業所所在市町村番号 |
| | 名称 | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 -) | | | | |
| | | (ビルの名称等) | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | |
| | 法人の種別 | | | | | 法人所轄庁 |
| | 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 | フリガナ | | | 生年月日 |
| 氏名 | | | | | | |
| 代表者の住所 | (郵便番号 -) | | | | | |
| | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 事業所等の所在地 | (郵便番号 -) | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | |
| | 同一所在地において行う事業の種類 | | 実施事業 | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | 様式 |
| | 介護予防・日常生活支援総合事業 第1号事業サポース | 訪問型サービス（現行相当） | | | | 付表1 |
| | | 通所型サービス（現行相当） | | | | 付表2 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | (既に指定を受けている場合) | | | | |
| 指定を受けている市町村名 | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | |

- 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、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、今回申請するもの及び既に指定をうけているものについて、該当する欄に○を記入してください。
 - 5 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
 - 6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
 - 7 保健医療機関、保険薬局、老人保健施設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等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。

守谷市介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定変更届出書

平成 年 月 日

守谷市長 殿

事業者 所在地
 名称
 代表者氏名

印

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。

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 介護保険事業者番号 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 事業所・施設の名称 | (変更前) | | | | | | | | | | | |
| 2 | 事業所・施設の所在地 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 申請者の名称 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 主たる事務所の所在地 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 代表者の氏名、住所及び職名 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 定款・寄付行為等及びその登録事項証明書 又は条例等 (当該事業に関するものに限る。) | (変更後) | | | | | | | | | | | |
| 7 | 事業所・施設の建物の構造、専用区画等 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 事業所・施設の管理者の氏名及び住所 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | 運営規程 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | サービス費の請求に関する事項 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 役員の氏名及び住所 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | その他 | | | | | | | | | | | | |
| 変 更 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | |

- 備考1 該当項目番号を○で囲んでください。
 2 変更内容がわかる書類を添付してください。
 3 様式第1号及び付表を添付してください。
 4 変更した日から10日以内届出てください。

守谷市介護予防・日常生活支援総合事業
指定第1号事業者指定（廃止・休止・再開）届出書

平成 年 月 日

守谷市長 殿

事業者 所在地
名 称
代表者氏名

印

次のとおり事業を（廃止・休止・再開）するので届け出ます。

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 介護保険事業者番号 | | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開する事業所 | 名 称 | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | | | | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開の別 | 休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開 | | | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開した年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止した理由 | | | | | | | | | | | | | |
| 現にサービスまたは支援を受けていた者に対する措置 (休止・廃止した場合のみ) | | | | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

備考1 廃止、休止又は再開する日の1月前までに届け出てください。

2 事業の再開に係る届出にあっては、当該事業に係る従業員の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

守谷市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所の指定申請に係る添付書類一覧
(訪問型サービス)

申請する事業所名 _____

| | 申請書及び添付書類 | 申請者 確認欄 | 備考 |
|----|--------------------------------------|------------|-------|
| 1 | 守谷市介護予防・日常生活支援総合事業 指定事業者指定(更新)申請書 | | |
| 2 | 守谷市従来型訪問サービス事業者の指定に係る記載事項(付表1) | | |
| 3 | 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 | | |
| 4 | 従事者の勤務体制及び勤務形態一覧表 ※ | | 備考1 |
| 5 | 従事者の資格者証の写し及び 雇用が確認できる書類の写し ※ | | |
| 6 | 管理者の経歴書 ※ | | 備考1 |
| 7 | サービス提供責任者の経歴に係る書類 ※ | | 備考1 |
| 8 | 事業所の平面図 外観及び内部の様子がわかる写真 ※ | | |
| 9 | 運営規定 | | 料金表含む |
| 10 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 ※ | | 備考1 |
| 11 | 当該申請に係る資産の状況 ※ | | 備考1・2 |
| 12 | 介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書 | | |
| 13 | 役員名簿 ※ | | 備考1 |

適用を受ける場合のみ提出

| | | | |
|----|--|--|-----|
| 14 | 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書及び一覧表 ※ | | 備考1 |
|----|--|--|-----|

備考 1 任意の様式でも可

2 資産の目録(備品リスト), 事業計画書, 収支予算書, 損害保険証書の写し 等

※ 都道府県に提出した, 指定申請書・付表・添付資料一式の写しを提出いただければ, 新たな様式作成の必要はありません。その際には, 都道府県からの指定通知書の写しも提出してください。

ただし, 変更がある場合は新たに作成が必要になります。

担当者連絡先

事業所名

担当者名

連絡先 電話:

FAX:

メール:

守谷市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所の指定申請に係る添付書類一覧
(通所型サービス)

申請する事業所名 _____

| | 申請書及び添付書類 | 申請者 確認欄 | 備考 |
|----|--------------------------------------|------------|-------|
| 1 | 守谷市介護予防・日常生活支援総合事業 指定事業者指定(更新)申請書 | | |
| 2 | 守谷市従来型通所サービス事業者の指定に係る記載事項(付表2) | | |
| 3 | 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 | | |
| 4 | 従事者の勤務体制及び勤務形態一覧表 ※ | | 備考1 |
| 5 | 従事者の資格者証の写し及び 雇用が確認できる書類の写し ※ | | |
| 6 | 管理者の経歴書 ※ | | 備考1 |
| 7 | サービス提供実施単位一覧表及び日課表等 | | 備考1 |
| 8 | 事業所の平面図 外観及び内部の様子がわかる写真 ※ | | |
| 9 | 運営規定 | | 料金表含む |
| 10 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 ※ | | 備考1 |
| 11 | 当該申請に係る資産の状況 ※ | | 備考1・2 |
| 12 | 介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書 | | |
| 13 | 役員名簿 ※ | | 備考1 |

適用を受ける場合のみ提出

| | | | |
|----|--|--|-----|
| 14 | 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書及び一覧表 ※ | | 備考1 |
|----|--|--|-----|

備考 1 任意の様式でも可

2 資産の目録(備品リスト), 事業計画書, 収支予算書, 損害保険証書の写し 等

※ 都道府県に提出した, 指定申請書・付表・添付資料一式の写しを提出いただければ, 新たな様式作成の必要はありません。その際には, 都道府県からの指定通知書の写しも提出してください。

ただし, 変更がある場合は新たに作成が必要になります。

担当者連絡先

事業所名

担当者名

連絡先 電話:

FAX:

メール:

付表1

守谷市従来型訪問サービス事業者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 -) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | FAX番号 | | | | | | | | | | |
| | | E-mail | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等の条文 | | | | | | 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(兼務する場合のみ) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 兼務する同一敷地内の他の事務所又は施設(兼務の場合のみ) | | 事業所又は施設の名称 | | | | 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | | | | | |
| サービス提供者 | フリガナ | | | | | 住所 | (郵便番号 -) | | | | 常勤・非常勤 | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | 専従・兼務 | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | 住所 | (郵便番号 -) | | | | 常勤・非常勤 | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | 専従・兼務 | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | 訪問介護員等(サービス提供責任者を含む) | | | サービス提供責任者 | | | | | | | | | | | |
| | | | 専従 | | | 兼務 | | | 専従 | | 兼務 | | | | | | |
| 常勤(人) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 非常勤(人) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 常勤換算後の人数(人) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者数(前3ヶ月の平均) | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | |
| 基準上の必要人数(人) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主な刑事情報 | 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他の年間の休日 | | | | | | | |
| | 営業時間 | 平日 | | | | | 土曜 | | | 日曜・祝日 | | | | | | | |
| | | 備考 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施区域 | ① | | | | ② | | | | ③ | | | ④ | | | ⑤ | | |
| | 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | |

- 備考 1 「受付番号」「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。
- 2 記入欄が不足する場合には、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」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 出張所等がある場合、出張所等の所在地、サービス提供に当たる訪問介護員の人数を別様にして記載してください。

守谷市従来型通所介護サービス事業者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 -) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | FAX番号 | | | | | | | | | |
| | E-mail | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等の条文 | | | | | | | | | | | 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(兼務する場合のみ) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 兼務する同一敷地内の他の事務所又は施設(兼務の場合のみ) | | 事業所又は施設の名称 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施単位数 | 単位 | 同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の上限 | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | m ² | | | 基準上の必要数値 | | 適合の可否 | | | | | | | | | |
| | | | | | m ² 以上 | | | | | | | | | | | |
| 定員 | 人 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他の年間の休日 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | 平日 | | | | | 土曜 | | | 日曜・祝日 | ～ | | | | | | |
| サービス提供時間 | 平日 | | | | | 土曜 | | | 日曜・祝日 | ～ | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施区域 | ① | ② | | | ③ | | | ④ | | ⑤ | | | | | | |
| | 備考 | | | | | | | | | | | | | | | |

- 備考 1 「受付番号」「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 「主な掲示事項については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 4 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、別紙に記載し添付してください。

(参考様式)

サービス提供実施単位一覧表

| 曜日 時間 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | (例) |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9:00 | | | | | | | |  (10人) |
| 12:00 | | | | | | | |  (10人) |
| 15:00 | | | | | | | |  (10人) |
| 18:00 | | | | | | | |  (10人) |
| 21:00 | | | | | | | | |
| 0:00 | | | | | | | | |

- 備考 1 曜日ごとにサービス提供単位の状況を記載してください。また、サービス提供単位ごとの利用定員を記載してください。
- 2 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、サービス提供単位及びサービス提供単位ごとの利用定員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。

(参考様式)

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・施設名 | |
| 管理者名 | |
| 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。

守谷市介護予防・日常生活支援総合事業実施に係る誓約書

平成 年 月 日

守谷市長 殿

申請者 住 所
名 称
代表者氏名 印

介護保険法第115条の45の5第2項に規定する厚生労働省令で定める基準（介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第140条の63の6）に従って適正に第一号事業を行うことができないと認められるものに該当しないことを誓います。

また、別紙の各個人については、暴力団員又は暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者に該当しないことを誓約するとともに、市長が必要であると判断した場合は、市長が警察に対し、各個人が暴力団員又は暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者であるかどうか照会することに同意します。

記

法第115条の45の5第2項に規定する厚生労働省令で定める基準は、市町村が定める基準であって、次のいずれかに該当するものとする。

- 一 第一号事業（第一号生活支援事業を除く。）に係る準備として、次に掲げるいずれかに該当する基準
- イ 介護保険法施行規則等の一部を改正する省令（平成27年厚生労働省令第4号）附則第2条第3号若しくは第4条第3号の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営に並びに指定介護予防サービス等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（平成18年厚生労働省令第35号。ロにおいて「旧指定介護予防サービス等基準」という。）に規定する旧介護予防訪問介護若しくは旧介護予防通所介護に係る基準の例による基準又は指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等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（平成18年厚生労働省令第37号。ロにおいて「指定介護予防支援等基準」という。）に規定する介護予防支援に係る基準の例による基準
- ロ 旧指定介護予防サービス等基準に規定する基準該当介護予防サービス（旧介護予防訪問介護及び旧介護予防通所介護に係るものに限る。）に係る基準又は指定介護予防支援等基準に規定する基準該当介護予防支援に係る基準の例による基準。
- ハ 平成26年改正前法第54条第1項第3号又は法第59条第1項第2号に規定する離島その他の地域であって厚生労働大臣が定める基準に該当するものに住所を有する居宅要支援被保険者等が、平成26年改正前法第54条第1項第3号又は法第59条第1項第2号に規定するサービスを受けた場合における当該サービスの内容を勘案した基準
- ニ 第一号事業に係る基準として、当該第一号事業に係るサービスの内容等を勘案した基準（全号に掲げるものを除く。）

介護予防ケアマネジメント業務委託実績報告書兼請求書

(平成 年 月分)

平成 年 月 日

守谷市長 あて

所在地
名称
代表者

下記のとおり請求します。

| 区 分 | 件 数 | 単 価 | 金 額 |
|-----------------------|-----|--------|-----|
| 介護予防ケアマネジメント (従来型) | | ¥4,601 | |
| 初回加算 | | ¥3,210 | |
| 合 計 | | | |

【内訳】

| No. | 被保険者番号 | 氏 名 | 介護予防ケアマネジメント | 初回加算 |
|-----|--------|-----|--------------|------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

1 / 〇ページ

| No. | 被保険者番号 | 氏 名 | 介護予防ケアマネジメント | 初回加算 |
|-----|--------|-----|--------------|------|
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |

2 / 〇ページ