

(参考様式1)

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

( 年 月分)

サービス種類 (

事業所・施設名(

[illegible]

備考1 \*印欄には、当該月の曜目を記載してください。

2 申請する事業に係る従業者全員（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載してください。勤務時間ごとあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し、その番号を記載してください。

(記載例1－勤務時間 ①8：30～17：00、②16：30～1：00、③0：30～9：00、④休日)

(記載例2—サービス提供時間 a 9:00~12:00、b 13:00~16:00、c 10:30~13:30、d 14:30~17:30、e 休日)

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 常勤換算が必要な職種は、A～Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業員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 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。

6 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。

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。

(参考様式2)

管 理 者 経 歴 書

|                   |           |             |       |
|-------------------|-----------|-------------|-------|
| 事業所又は施設の名称        |           |             |       |
| フリガナ              |           | 生年月日        | 年 月 日 |
| 氏 名               |           |             |       |
| 住 所               | (郵便番号 ー ) | 電話番号        |       |
| 主 な 職 歴 等         |           |             |       |
| 年 月 ～ 年 月         | 勤 務 先 等   |             | 職務内容  |
|                   |           |             |       |
|                   |           |             |       |
|                   |           |             |       |
|                   |           |             |       |
|                   |           |             |       |
|                   |           |             |       |
|                   |           |             |       |
|                   |           |             |       |
|                   |           |             |       |
|                   |           |             |       |
| 職 務 に 関 連 す る 資 格 |           |             |       |
| 資 格 の 種 類         |           | 資 格 取 得 年 月 |       |
|                   |           |             |       |
| 備 考 (研修等の受講の状況等)  |           |             |       |
|                   |           |             |       |

備考1 住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。

2 当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張して、その全てを記載してください。

(参考様式3)

サービス提供責任者経歴書

|                   |           |        |       |
|-------------------|-----------|--------|-------|
| 事業所又は施設の名称        |           |        |       |
| フリガナ              |           | 生年月日   | 年 月 日 |
| 氏 名               |           |        |       |
| 住 所               | (郵便番号 ー ) | 電話番号   |       |
| 主 な 職 歴 等         |           |        |       |
| 年 月 ～ 年 月         | 勤 務 先 等   |        | 職務内容  |
|                   |           |        |       |
|                   |           |        |       |
|                   |           |        |       |
|                   |           |        |       |
|                   |           |        |       |
|                   |           |        |       |
|                   |           |        |       |
|                   |           |        |       |
|                   |           |        |       |
|                   |           |        |       |
| 職 務 に 関 連 す る 資 格 |           |        |       |
| 資格の種類             |           | 資格取得年月 |       |
|                   |           |        |       |
| 備 考 (研修等の受講の状況等)  |           |        |       |
|                   |           |        |       |

備考1 住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。  
2 当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張して、その全てを記載してください。

(参考様式4)

事業所・施設の平面図

|           |  |
|-----------|--|
| 事業所・施設の名称 |  |
|-----------|--|

|                                    |                          |                          |                          |                              |        |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------|
| 機能訓練室 100 m <sup>2</sup><br>(食堂兼用) | 調理室<br>30 m <sup>2</sup> | 談話室<br>20 m <sup>2</sup> | 相談室<br>20 m <sup>2</sup> | 診察室 40 m <sup>2</sup><br>調剤室 | 展示コーナー |
|                                    |                          |                          |                          |                              | 玄関ホール  |
|                                    | 浴室 70 m <sup>2</sup>     |                          | 便所<br>20 m <sup>2</sup>  | 事務室 30 m <sup>2</sup>        |        |

備考1 各室の用途及び面積を記載してください。

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わかり易く表示してください。

(参考様式5)

## 設備・備品等一覧表

サービス種類 ( )  
事業所名・施設名 ( )

[illegible]

備考1 申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。

- 2 必要に応じて写真等を添付し、その旨を併せて記載してください。  
3 「適合の可否」欄は、記載しないでください。

(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 |  |

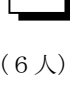
| 措 置 の 概 要                             |
|---------------------------------------|
| 1 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置 |
| 2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順            |
| 3 その他参考事項                             |

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載してください。

(参考様式 7)

## サービス提供実施単位一覧表

(記載例)

| 曜日<br>時間 | 月                                                                                            | 火                                                                                          | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 9 : 00   | (例)<br>     | (例)<br>   |   |   |   |   |   |
| 12 : 00  |                                                                                              |           |   |   |   |   |   |
| 15 : 00  |                                                                                              | (6 人)<br> |   |   |   |   |   |
| 18 : 00  | (1 2 人)<br> | (6 人)<br> |   |   |   |   |   |
| 21 : 00  |                                                                                              | (6 人)<br> |   |   |   |   |   |
| 0 : 00   | (1 2 人)                                                                                      |                                                                                            |   |   |   |   |   |

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8)

申請する事業所の所在地以外の場所で、当該事業所の一部として使用される事務所に係る記載事項

|             |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申請する<br>事業所 | フリガナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 名 称  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|             |       |                      |  |  |  |  |        |  |  |  |  |
|-------------|-------|----------------------|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|
| 事<br>務<br>所 | フリガナ  |                      |  |  |  |  |        |  |  |  |  |
|             | 名 称   |                      |  |  |  |  |        |  |  |  |  |
|             | 所 在 地 | (〒        —        ) |  |  |  |  |        |  |  |  |  |
|             |       | (ビルの名称等)             |  |  |  |  |        |  |  |  |  |
|             | 連 絡 先 | 電話番号                 |  |  |  |  | FAX 番号 |  |  |  |  |

|             |         |        |    |     |    |     |    |      |    |                |    |
|-------------|---------|--------|----|-----|----|-----|----|------|----|----------------|----|
| 従<br>業<br>者 |         | 訪問看護員等 |    | 看護師 |    | 保健師 |    | 准看護師 |    | 理学・作業療法士・言語聴覚士 |    |
|             |         | 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) |        |    |     |    |     |    |      |    |                |    |

|               |      |  |  |  |  |    |                      |
|---------------|------|--|--|--|--|----|----------------------|
| サービス提供<br>責任者 | フリガナ |  |  |  |  | 住所 | (〒        —        ) |
|               | 氏 名  |  |  |  |  |    |                      |

(参考様式 9)

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

平成 年 月 日

久慈広域連合長 様

所在地

申請者

名 称

代表者名

印

介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 115 条の 45 の 5 第 2 項のいずれにも該当しないことを誓約します。

【介護保険法第 115 条の 45 の 5 第 2 項】

市長村長は、前項の申請があった場合において、申請者が厚生労働省令で定める基準に従って適正に第 1 号事業を行うことができないと認められるときは、指定事業者の指定をしてはならない。

【介護保険法施行規則第 140 条の 63 の 6】

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つて、次のいずれかに該当するものとする。

(1) 第 1 号事業（第 1 号生活支援事業を除く。）に係る基準として、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つ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

二 第 1 号事業に係る基準として、当該第 1 号事業に係るサービスの内容等を勘案した基準（前号に掲げるものを除く。）

| 役員等名簿         |         |                     |    |
|---------------|---------|---------------------|----|
| (ふりがな)<br>氏 名 | 生 年 月 日 | (ふり<br>住<br>がな<br>所 | 押印 |
|               | 役職名・呼称  | TEL FAX             |    |
|               |         |                     |    |
|               |         |                     |    |
|               |         |                     |    |
|               |         |                     |    |
|               |         |                     |    |
|               |         |                     |    |
|               |         |                     |    |
|               |         |                     |    |
|               |         |                     |    |
|               |         |                     |    |
|               |         |                     |    |
|               |         |                     |    |
|               |         |                     |    |
|               |         |                     |    |
|               |         |                     |    |
|               |         |                     |    |
|               |         |                     |    |
|               |         |                     |    |

備考 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の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所を管理する者に  
 ついて記入・押印してください。