


平成25年3月1日作成  
平成30年10月改訂



# 申請書等の記載例

## ～共通編～

柏市保健福祉部法人指導課

※ 該当するサービス  
 指定居宅サービス事業所、指定居宅介護支援事業所、  
 介護保険施設、指定介護予防サービス事業所

共通 ①

指定（許可）申請書

注意事項(2)

平成 \*\* 年 \* 月 \* 日

柏市長 あて

所在地

千葉県柏市柏5-10-1

申請者

名称

株式会社柏

代表者の職・氏名

代表取締役 柏 太郎

代表者印

注意事項(1)

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。

注意事項(4)

申請（開設）者	フリガナ	カブシキガイシャカシワ				
	名称	株式会社柏				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 277-8505) 千葉県 都道 柏 郡市 柏5-10-1 府県 区				
	申請者連絡先	電話番号	04-7168-1040	FAX番号	04-7162-0585	
	法人の種類	営利法人				
	代表者の職・氏名 生年月日	職名	代表取締役	フリガナ 氏名	カシワ タロウ 柏 太郎	生年月日 昭和++年○月×日
代表者の住所	(郵便番号 277-8505) 千葉県 都道 柏 郡市 柏〇-〇-〇 府県 区					
代表者連絡先	電話番号	04-7167-××××	FAX番号	04-7167-××××		
指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	フリガナ	ケアカシワ				
	名称	ケア柏				
	事業所等の所在地	(郵便番号 277-8505) 千葉県 柏 郡市 柏〇-〇-〇 府県 区				
	事業所連絡先	電話番号	04-7168-△△△△	FAX番号	04-7162-△△△△	
	同一所在地において行う事業等の種類		実施事業 (居宅・予防)	指定（許可）申請をする事業 等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
	訪問介護		居			付表1
	共生型訪問介護		居			付表1
	訪問入浴介護		居・予			付表2
	訪問看護		居・予			付表3
	訪問リハビリテーション		居・予			付表4
	居宅療養管理指導		居・予			付表5
	通所介護		居	平成〇〇年〇月1日		付表6
	共生型通所介護		居			付表6
	通所リハビリテーション		居・予			付表7
	短期入所生活介護		居・予			付表8
共生型短期入所生活介護		居・予			付表8	
短期入所療養介護		居・予			付表9	
特定施設入居者生活介護		居・予			付表10	
福祉用具貸与		居・予			付表11	
特定福祉用具販売		居・予			付表12	
居宅介護支援事業者					付表13	
施設	介護老人福祉施設				付表14	
	介護老人保健施設				付表15	
	介護医療院				付表16	
介護保険事業者番号		1:2:	注意事項(9)			
医療機関コード等			(当該事業所が既に他のサービスで指定又は許可を受けている場合) (保険医療機関として指定を受けている場合)			

※ 欄が足りない場合は適宜欄を追加してください。

前記の申請書は、指定居宅サービス事業所、指定居宅介護支援事業所、介護保険施設、指定介護予防サービス事業所の新規指定（許可）申請書です。**（介護予防）地域密着型サービス及び総合事業は別様式**ですので御注意ください。

○ 指定（許可）申請書

チェック欄

○ 指定（許可）申請書		チェック欄
注 意 事 項	(1) 申請者は法人ですか。  申請者欄について、法人名、法人種別（※1）、郵便番号、所在地、代表者、代表者職名（※2）、代表者住所が「登記簿謄本」と一致していますか。（法人名や事業所名には不要なスペースは空けないようにしてください。） また、フリガナ、法人連絡先、代表者生年月日の記載がありますか。  ※1 営利法人・社会福祉法人・医療法人・社団法人・NPO法人・宗教法人等 ※2 代表者の職名について、医療法人や社会福祉法人、特定非営利活動法人等は定款の役員に関する規定で代表者の職名を確認	
	(2) 申請年月日が記載されていますか。（受付日より以前であること）	
	(3) 右上申請者の所在地、法人名、代表者の職名及び氏名が申請者欄と一致していますか。	
	(4) 法人印（代表者印）の捺印はありますか。印は、法人の印鑑登録されている印です。	
	(5) 事業所の名称、郵便番号及び所在地は、各サービスの「付表」、運営規程等と一致していますか。電話番号・FAX番号は確認しましたか。電話番号・FAX番号は、今後の事務連絡等で使用します。	
	(6) 申請事業の種類、開始予定年月日が記載されていますか。	
	(7) 「既に指定等を受けている事業等の指定（許可）年月日」欄は、同一名称、同一所在地において行う事業について、介護保険法による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（指定があったものとみなされたときは、みなし指定を受けた年月日）を記載してください。	
	(8) 「実施事業」欄は、今回申請及び同一名称、同一所在地において既に指定等を受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。 「居」とは指定居宅サービス、「予」とは指定介護予防サービスを表しています。	
	(9) 同一名称、同一所在地において行う事業について、保険医療機関、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。	

※ 該当するサービス  
訪問介護相当サービス, 通所介護相当サービス  
訪問型サービスA

介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業指定申請書

注意事項(2)

平成 \* \* 年 \* 月 \* 日

注意事項(3)

柏市長 あて

所在地 千葉県柏市柏5-10-1

注意事項(1)

申請者

名称 株式会社柏

代表者の職・氏名 代表取締役 柏太郎

代表者印

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、関係書類を添えて申請します。

注意事項(4)

申請 (開設) 者	フリガナ	カブシキガイシャカシワ				
	名称	株式会社柏				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 277 - 8505 ) 千葉県柏市柏5-10-1				
	申請者連絡先	電話番号	04-7168-1040	FAX番号	04-7162-0585	
	法人の種類別	営利法人				
	代表者の職・氏名 生年月日	職名	代表取締役	フリガナ 氏名	カシワ タロウ 柏 太郎	生年月日 昭和* * 年* 月* 日
	代表者の住所	(郵便番号 277 - **** ) 千葉県柏市〇〇町* *-**				
代表者連絡先	電話番号	04-7167-****	FAX番号	04-7167-****		
指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ	ケアカシワ				
	名称	ケア柏				
	事業所等の所在地	(郵便番号 277 - **** ) 千葉県柏市△△町* *-**				
	事業所連絡先	電話番号	04-7168-****	FAX番号	04-7162-****	
	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等事業開始予定年月日	既に指定等を受けている事業所等について		
				指定有効期限	事業所番号	
訪問介護相当サービス		○	平成〇〇年〇月〇日			
通所介護相当サービス						
受既に指定している事業所	訪問介護	○		平成〇〇年〇月1日	127220****	
	通所介護					
※今回申請する事業の最初の指定有効期限を同一所在地において行う同種の事業の有効期限に合わせる						
<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						

注意事項(5)

注意事項(6)

注意事項(7)

注意事項(8)

○ 指定申請書（訪問介護相当サービス、通所介護相当サービス、訪問型サービスA）

チェック欄

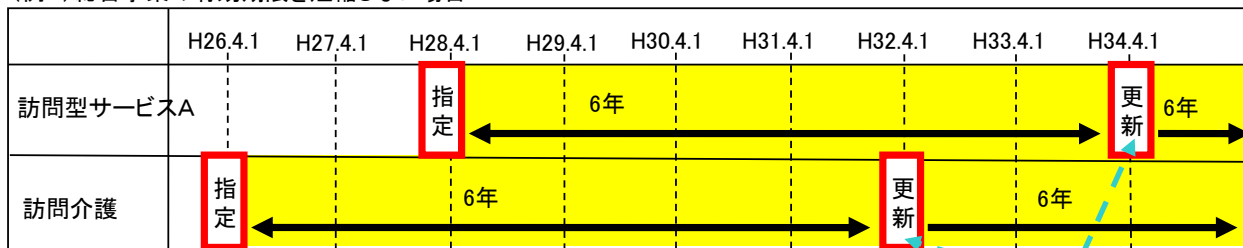
注 意 事 項	(1)	申請者は法人ですか。  申請者欄について、法人名、法人種別（※1）、郵便番号、所在地、代表者、代表者職名（※2）、代表者住所が「登記簿謄本」と一致していますか。（法人名や事業所名には不要なスペースは空けないようにしてください。） また、フリガナ、法人連絡先、代表者生年月日の記載がありますか。 ※1 営利法人・社会福祉法人・医療法人・社団法人・NPO法人・宗教法人等 ※2 代表者の職名について、医療法人や社会福祉法人、特定非営利活動法人等は定款の役員に関する規定で代表者の職名を確認	
	(2)	申請年月日が記載されていますか。（受付日より以前であること）	
	(3)	右上申請者の所在地、法人名、代表者の職名及び氏名が申請者欄と一致していますか。	
	(4)	法人印（代表者印）の捺印はありますか。印は、法人の印鑑登録されている印です。	
	(5)	事業所の名称、郵便番号及び所在地は、各サービスの「付表」、運営規程等と一致していますか。 電話番号・FAX番号は確認しましたか。電話番号・FAX番号は、今後の事務連絡等で使用します。	
	(6)	申請を行うサービスを選択し、「実施事業」欄に「○」を記載し、「指定申請をする事業等事業開始予定年月日」に指定予定年月日を記載してください。	
	(7)	今回申請を行うサービスと既に指定を受けている同種のサービスを一体的に実施する場合は、「既に指定等を受けている事業所」欄に以下のとおり記載してください。 ・サービスを選択し、「実施事業」欄に「○」を記入 ・「指定有効期限」欄に、既に指定を受けている同種のサービスの指定有効期限を記入 ・「事業所番号」欄に、既に指定を受けている同種のサービスの事業所番号を記入	
	(8)	今回申請する事業の最初の指定有効期限を同一所在地において行う同種の事業の有効期限に合わせるか選択し、該当箇所「○」を記載してください。 詳しくは、「指定有効期限の短縮について」を確認してください。	

【指定有効期限の短縮について】

事業所は6年毎に指定の更新が必要です。

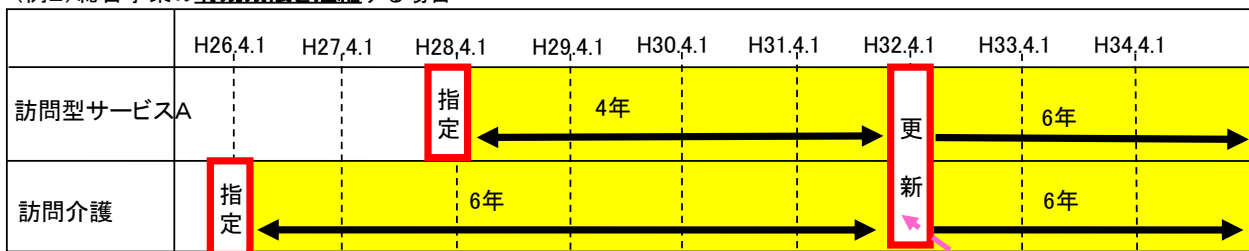
ただし、訪問介護相当サービス、通所介護相当サービス、訪問型サービスAについては、既に指定を受けている同種のサービスと一体的に事業を実施する場合に限り、指定有効期限を短縮し、一体的に事業を実施する同種の指定済みサービスと同時に指定更新手続を行うことができます。

（例1）総合事業の有効期限を短縮しない場合



サービスごとに更新手続が必要

（例2）総合事業の有効期限を短縮する場合



更新手続が一度で完了

< メリット >

- ① 指定更新の手続の回数を削減できる  
（更新手続の回数は、例1の場合はサービスごとに行うため2回だが、例2の場合は1回）
- ② 同時に更新するサービスについては、申請書類の一部を省略できる  
（例2の場合は、必要書類の内、訪問介護と訪問型サービスAで重複する資料は一部省略可能）

< デメリット >

有効期限満了前に更新の手続を行う必要がある（有効期限が短くなる）

○登記簿謄本及び条例等

		チェック欄
注 意 事 項	登記簿謄本（自治体の場合は、条例等）原本	
	① 登記簿謄本の発行年月日は申請書受付日から3ヶ月以内のものである。	
	② 条例にあつては、公報の写し添付。	
	③ 事業目的等に申請する事業を行う旨の確認ができますか。 事業目的等について定款変更に係る認可を受けていない場合、原則申請できません。 (※ただし、全国規模の法人で所管庁が国になる場合、別途対応)  (記載例：参考) 居宅サービス・・・介護保険法に基づく居宅サービス事業 介護予防サービス・・・介護保険法に基づく介護予防サービス事業 居宅介護支援・・・介護保険法に基づく居宅介護支援事業 総合事業・・・介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業）	
	④ 複数のサービス事業所を同一の場所(住所地)で一斉に開設する場合。  介護保険外の事業と併せて行う場合は、その事業を所管する部署との調整が必要になることがありますので、御注意ください。(例えば、施術院等、開設の際に保健所の許可(届出)を受けている場所で介護保険事業を併せて行う場合、事前に保健所へ御相談ください。)	

○資格証の写し等について

		チェック欄
注 意 事 項	(1) 資格証の写しについて  資格要件のある職種の場合、指定申請書提出時において全員分の資格証の添付が必要です。(資格取得予定は不可) 介護支援専門員については、「介護支援専門員証(写真付き)」(免許証サイズのもの)を添付してください。 資格証が改姓前で現在の苗字と違う場合、改姓の事実がわかる書類を添付してください。	
	(2) 人員配置を確認するための書類について  指定介護サービスの提供については、当該事業所の従業者により提供されなければならない、業務委託等は認められません(運転・調理業務等を除く)。 一部従業者について派遣・出向等による人員配置を行う場合は、当該事業所の管理者の指揮命令下において従事するものでなければなりません。 この場合、指定申請書(変更届含む)には、次の書類を添付して提出していただきます。  ※出向・派遣に関する契約書・出向等命令書・雇用契約書等により、①出向・派遣される職員が特定されること②事業所の管理者の指揮命令下において従事するものであること、③出向・派遣期間等が確認できる書類を添付してください。  なお柏市においては、管理者等当該事業所の運営に責務を有する者については、原則として当該事業者には直接雇用される者又は法人役員等であることとを考えます。	

○ 建物の賃貸借契約書等

チェック欄

注意事項	(1)	建物の賃貸借契約書（賃貸借の場合）又は登記簿謄本（自己所有の場合）が添付されていますか。	
	(2)	収支予算書に記載している賃貸料が確認できますか。（賃貸借の場合）	

○ 損害保険証書の写し又は契約書・申込書・見積書等の写し

チェック欄

注意事項	(1)	指定介護サービス事業所は、利用者に対する介護サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行わねばならないと定められています。このため、事業者は賠償すべき事態に備えて、損害賠償保険に加入しておくか又は賠償資力を備えておくこととされています。	
	(2)	損害保険証書等の写しがありますか。	
	(3)	損害保険証書の発行が間に合わない場合は、保険加入の申請書及び領収書が添付されていますか。	

○ 資産の状況

チェック欄

注意事項	(1)	直近の決算書がありますか。	
	(2)	決算書がない場合、銀行の残高証明又は通帳の写し（名義部分と直近の残高部分）を添付していますか。	

○ 就業規則について

チェック欄

注意事項	(1)	申請法人で定める就業規則で、労働基準監督署の内容確認を経ているものを添付してください。	
	(2)	就業規則を作成していない場合（従業者が10名未満）は、雇用契約書を添付してください。	

注意事項(3)

介護保険法第70条第2項各号等の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

柏市長 あて

申請者

住所

注意事項(2)

注意事項(1)

氏名（法人にあっては名称及び代表者職氏名）

印

申請者が介護保険法第70条第2項各号のいずれにも該当しない者であることを誓約します。（但し、申請者が法人である場合は、その役員等が同項の第四号から第九号までに該当しないこと又は申請者が法人でない病院等である場合は、その管理者が同項の第四号から第九号までに該当しないことを誓約します。）

また、申請者（申請者が法人である場合においては、当該法人の役員等）及び事業所の管理者は、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、柏市長が必要であると判断した場合は、柏市長が警察に対し、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。

※当該法人の役員等：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。

※暴力団員：暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第6号に規定する暴力団員をいう。



○ 誓約書

		チェック欄	
注意事項	誓約書	(1) 申請者の欄は申請書の記載と一致していますか。 (法人住所, 法人名, 代表者職名, 代表者名の記載)	
		(2) 法人代表印の押印はされていますか。	
		(3) 申請を行うサービスの誓約書が添付されていますか。 (誓約書はサービスにより異なりますので御注意ください)	

注意事項(1)

管理者経歴書

事業所又は施設の名称		ケア柏	
フリガナ	カシワ ジロウ		
氏名	柏 次郎	生年月日	昭和 -- 年 △ 月 □ 日
住所	(郵便番号 277- ** **) 千葉県柏市柏〇-〇-〇		
電話番号, FAX番号	04-7168-〇〇〇〇 (FAXも番号同様)		
主 な 職 歴 等			
年 月 ~ 年 月	勤 務 先 等	職 務 内 容	
平成△△年 △月 ~ 平成▲▲年 ▲月	株式会社△△ △△訪問介護事業所	訪問介護員	
平成▲▲年 ▲月 ~ 平成〇〇年3月31日	株式会社□□ □ケアサービス	訪問介護員	
平成〇〇年4月1日 ~	株式会社〇〇 〇〇ステーション	管理者兼サービス提供責任者	
職 務 に 関 連 す る 資 格			
資 格 の 種 類		資 格 取 得 年 月	
介護福祉士		平成〇〇年〇月	
備 考 (研修等の受講の状況等)			

- 備考 1 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。
- 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、その全てを記入してください。

○ 管理者の経歴書

チェック欄

注意事項	(1)	「事業所又は施設の名称」の欄は「付表」に記載のある事業所名と一致していますか。	
	(2)	氏名、フリガナ、郵便番号、住所、生年月日が「付表」の管理者欄と一致していますか。	
	(3)	過去の介護に関連する経歴については記載していますか。	
	(4)	指定申請書提出時点で別の職に就いている者を管理者とする場合は、指定年月日から管理者として確実に勤務できることを確認するため、退職予定年月日を記載してください。	
	(5)	指定申請を行う場合は、「主な職歴等」欄に指定年月日、申請を行う事業所名及び職務内容を記載してください。	
	(6)	<p>管理者経歴書は平成30年10月から該当サービス以外の提出は不要になりました。</p> <p>※該当サービス                      (介護予防)認知症対応型通所介護、(介護予防)認知症対応型共同生活介護、(介護予防)小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設</p>	

## 事業所の写真

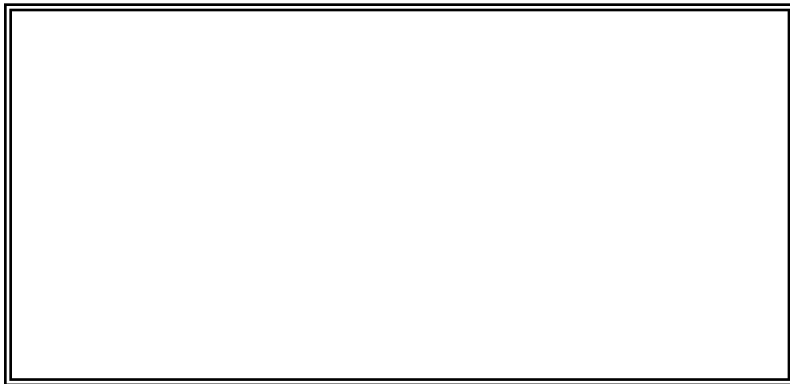
共通 ⑥

- ◆ 次のカラー写真をA4の台紙等に貼り付けるか、パソコンで取り込んだ写真データをカラー印刷してください。  
写真は、台紙に4枚貼れるくらいの大きさとし、基準で定められている設備、備品及び非常災害設備の写真を添付してください。

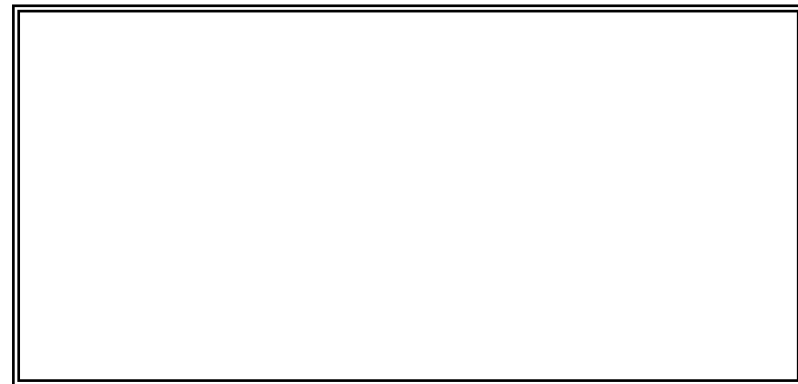
事業所又は施設の名称	ケア柏
------------	-----

注意事項(1)

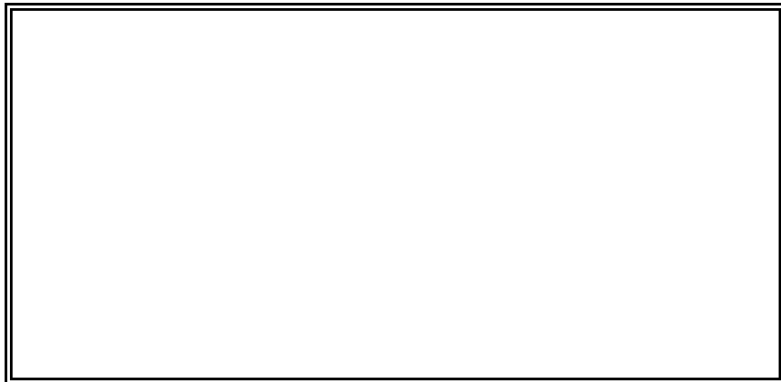
①建物外観



②事務室

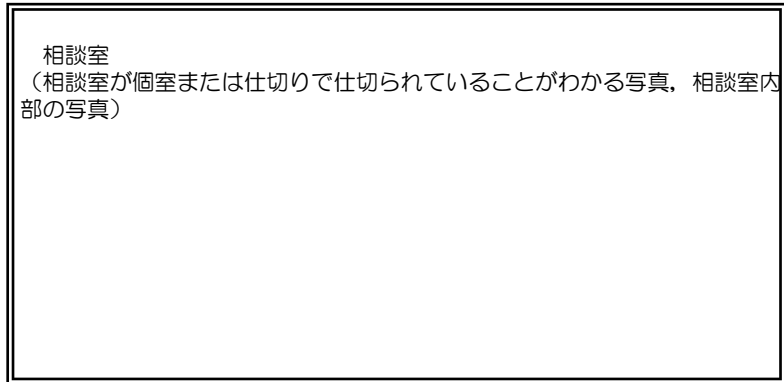


③鍵付書庫



④相談室

相談室  
(相談室が個室または仕切りで仕切られていることがわかる写真、相談室内部の写真)



○ 事業所の写真

チェック欄	

注 意 事 項	(1)	「事業所又は施設の名称」の欄は「付表」に記載のある事業所名と一致していますか。
	(2)	添付写真と「設備・備品等一覧表」に記載した備品数と一致していますか。
	(3)	非常災害設備の備品写真も添付されていますか。
	(4)	平面図に記載した写真の撮影場所と一致していますか。

### 収支予算書

注意事項(3)

事業所名 : ケア柏  
サービス名 : ○○○○, △△△△

(単位 : 千円)

注意事項(1), (2)

注意事項(4)

注意事項(5)

平成○○年

		○月	○月	○月	○月	○月	○月	○月	○月	○月	○月	○月	○月	合計
収入見込み	利用者見込数 (人) ①	10	20	30	35	45	50	60	70	75	85	90	100	
	月平均利用額 (1人当たり) ②	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	
	介護報酬受入額 ③	0	0	600	1,200	1,800	2,100	2,700	3,000	3,600	4,200	4,500	5,100	28,800
	諸収入 ④	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	合計 (A) ⑤	0	0	600	1,200	1,800	2,100	2,700	3,000	3,600	4,200	4,500	5,100	28,800
支出見込み	人件費 ⑥	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500	30,000
	旅費, 交通費 ⑦	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	600
	事務所賃借料 ⑧	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	4,800
	通信費 ⑨	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	600
	諸経費 ⑩	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	540
	合計 (B) ⑪	3,045	3,045	3,045	3,045	3,045	3,045	3,045	3,045	3,045	3,045	3,045	3,045	3,045
利益 (A-B) ⑫		-3,045	-3,045	-2,445	-1,845	-1,245	-945	-345	-45	555	1,155	1,455	2,055	-7,740

※ 本書式はあくまで参考であり、下記の要件を満たしていれば各事業所で作成している書式でかまいません。

- ・ 収支は指定を受けようとする介護サービス毎に立ててください。(他のサービスと合算しない)
- ・ 収支は事業開始月から月毎に1年分を記載してください。
- ・ 本書式記載の収入・支出の内訳項目を記載してください。

※ 介護報酬及び利用者の自己負担分は、サービス提供月の翌々月に記載してください。

※ 訪問介護・通所介護事業者は、介護保険対象外サービスが見込める場合は、諸収入に入ります。

※ 居宅介護支援事業者は、認定調査委託料・介護予防支援委託料が見込める場合は、諸収入に入ります。

○ 収支予算書（任意書式でも可）

チェック欄

注意事項	(1) 「付表」に記載している事業所名と一致していますか。	
	(2) 「申請書」に記載しているサービスが記載されていますか。	
	(3) 単位（千円や円など）と記載される金額とで整合性がとれていますか。	
	(4) 指定予定月からの1年間の収支予算書となっていますか。	
	介護報酬の受取りが指定予定月の2ヶ月後になっており、各項目の見込み数値及び各合計欄の数値は適切に記入されていますか。	
	①＝当該月の利用者数 ②＝当該月の利用者1人あたりの平均利用金額 (5) ③＝①×②の数値 ④＝介護保険対象外サービスでの見込み金額 ⑤＝③＋④の金額 ⑥～⑩＝各項目の見込み値 ⑪＝⑥～⑩の合計金額 ⑫＝⑤－⑪の金額	

## 変更届出書

(居宅介護サービス費等の請求に関する事項)  
(介護給付費算定に係る体制等に関する届出)

柏市長

あて

注意事項(1)

法人所在地  
申請者 法人名称  
代表者  
職氏名印

注意事項(2)

代表者  
印

このことについて、以下の事項を届け出ます。

1	事業所名称		← 注意事項(3)
2	事業所番号		← 注意事項(4)
3	サービス種類等		← 注意事項(5)
4	変更予定日	平成 年 月 日	← 注意事項(6)
5	変更内容	(変更前)	← 注意事項(7)
		----- (変更後)	

(担当者連絡先)

注意事項(8)

所 属	
氏 名	
電話番号	

- 注記 ※
- 「3 サービス種類等」欄については、加算・減算に関する異動があるサービスのみ記載してください。予防も含む場合は必ず予防の記載もしてください。
  - 「4 変更予定日」欄は加算・減算を適用する予定年月日を記入してください。
  - 「5 変更内容」欄は、加算・減算の名称及び異動形態を記入してください。  
例：新規取得する場合 (変更前) 空欄 (変更後) 特定事業所加算Ⅰ(新規)  
内容を変更する場合 (変更前) 特定事業所加算Ⅰ  
(変更後) 特定事業所加算Ⅱ  
取得を終了する場合 (変更前) 空欄 (変更後) 特定事業所加算Ⅱ(終了)



○ 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

		チェック欄	
注意事項	(1)	申請者欄は「申請書」の記載と一致していますか。	
	(2)	法人代表者の押印がありますか。	
	(3)	事業所名称は「付表」に記載している事項と一致していますか。	
	(4)	事業所番号が付番されていない事業所は空欄で構いません。	
	(5)	異動があるサービスのみ記載してください。 ※訪問型サービスAは提出不要です。 (訪問型サービスAは届出が必要な体制加算はありません)	
	(6)	加算・減算を適用する予定年月日を記入してください。(新規指定の場合は、指定予定日を記入)	
	(7)	加算・減算の名称及び異動形態を記入してください。 例：新規取得する場合 (変更前) 空欄 (変更後) 特定事業所加算 I (新規) 内容を変更する場合 (変更前) 特定事業所加算 I (変更後) 特定事業所加算 II 取得を終了する場合 (変更前) 空欄 (変更後) 特定事業所加算 II (終了)	
	(8)	「担当者連絡先」欄には、記載内容がわかる者の連絡先・氏名等が書かれていますか。 (内容等に疑義がある場合には、こちらの連絡先に連絡しますので、内容の確認がとれる連絡先を記載してください。)	

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援)

注意事項(1)

注意事項(2)

事業所番号

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他の該当する体制等				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			
11 訪問介護	① 身体介護 ② 生活援助 ③ 通院等乗降介助		定期巡回・随時対応サービスに関する状況	① 定期巡回の指定を受けていない ② 定期巡回の指定を受けている ③ 定期巡回の整備計画がある		① なし ② あり	
			サービス提供責任者体制の減算	① なし ② あり			
			特定事業所加算	① なし ② 加算Ⅰ ③ 加算Ⅱ ④ 加算Ⅲ ⑤ 加算Ⅳ			
			共生型サービスの提供(居宅介護事業所)	① なし ② あり			
			共生型サービスの提供(重度訪問介護事業所)	① なし ② あり			
			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			
介護職員処遇改善加算	1 なし ⑥ 加算Ⅰ ⑤ 加算Ⅱ ② 加算Ⅲ ③ 加算Ⅳ ④ 加算Ⅴ						
12 訪問入浴介護			特別地域加算	1 なし ② あり		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			
			サービス提供体制強化加算	1 なし ③ 加算Ⅰイ ② 加算Ⅰロ			
			介護職員処遇改善加算	1 なし ⑥ 加算Ⅰ ⑤ 加算Ⅱ ② 加算Ⅲ ③ 加算Ⅳ ④ 加算Ⅴ			
13 訪問看護	1 訪問看護ステーション ② 病院又は診療所 ③ 定期巡回・随時対応サービス連携		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			
			緊急時訪問看護加算	1 なし ② あり			
			特別管理体制	1 対応不可 ② 対応可			
			ターミナルケア体制	1 なし ② あり			
			看護体制強化加算	1 なし ③ 加算Ⅰ ② 加算Ⅱ			
サービス提供体制強化加算	1 なし ② イ及びロの場合 ③ ハの場合						

注意事項(5)

注意事項(6)

○ 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表及び添付資料

チェック欄

○ 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表及び添付資料		チェック欄
注 意 事 項	<p>(1) 届出を行うサービスの体制等状況一覧表を添付していますか。</p> <p>①居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援）</p> <p>②介護予防サービス 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）</p> <p>③地域密着型サービス 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス）</p> <p>④総合事業（訪問型サービスAを除く） 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表（保険者独自サービス）</p>	
	(2) 地域区分は6級地に○がついていますか。（柏市は6級地です。）	
	(3) 申請するサービスについての記載がありますか。	
	(4) 介護予防サービス及び総合事業（訪問型サービスAを除く）の指定を同時に行う場合は、各体制等状況一覧表が添付されていますか。	
	(5) 施設区分がある場合、該当する部分に○がついていますか。	
	(6) 各加算等項目に○がついていますか。	
	(7) 「割引」欄に○がついていますか。	
	(8) 加算を取得する場合、算定に必要な書類は添付されていますか。	
	(9) 生活保護法の指定を受けない場合は、「生活保護による介護保険機関の指定を不要とする旨の申出書」が添付されていますか。 （生活保護指定を受ける場合は提出不要）	
	(10) 1枚目の事業所番号と地域区分が記載されているページと指定を受けようとするサービスが記載されているページ以外は添付不要です。	