

# 介護保険事業者指定申請の手引き

## 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

## 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売編

### 目 次

#### I 指定について

- 1 指定の意義
- 2 指定の基準
- 3 指定の事務の流れ

#### II 指定申請書類について

この手引きは、新規指定の申請をされる方に、運営基準を理解しながら手続きを行っていただけるよう作成しました。

また、既に開設された事業所の方にも、運営基準に則した適正な運営のために活用していただけたら幸いです。

なお、この手引きは、随時見直しています。その都度、ホームページにて改訂版を提供しますので、必ずホームページで最新版を御確認の上、申請手続きをしてください。

この手引きは、平成27年4月1日版です。

豊田市介護保険課

## I-1 指定の意義

- ・ 豊田市内に事業所を設置し、介護保険法に基づく居宅サービス（介護予防サービス）の事業を行い介護報酬を受けるには、豊田市長の指定を受ける必要があります。
- ・ 指定は、事業者からの申請に基づき、事業所ごとに行います。
- ・ 指定にあたり、①申請者が法人であること、②従業者の人員及び設備の基準を満たすこと、③その他役員等が欠格事由に該当しないこと等を審査し、行います。
- ・ 指定の有効期間は、6年間です。それ以降も継続して事業を実施する場合は、指定の更新申請をする必要があります。また、基準に従って適切な運営がされない場合や、過去に指定の取消処分を受けた場合には、指定の更新が受けられないことがあります。
- ・ 人員基準違反、設備・運営基準違反など取消し事由に該当した場合は、指定の取り消しや、指定の全部又は一部の効力停止（介護報酬の請求停止や新規利用者との契約停止など）の行政処分を受けることがあります。

## I-2 指定の基準

- ・ 福祉用具貸与・特定福祉用具販売及び介護予防福祉用具貸与・特定介護予防福祉用具販売（以下「指定福祉用具貸与・特定福祉用具販売」）についての指定基準は、「豊田市指定居宅サービスの事業等の人員、設備、運営等に関する基準等を定める条例」（平成24年豊田市条例第62号。以下、「基準条例」という。）により規定されています。事業を行うには、基準についての理解が必要となります。

※ 基準条例は次の省令を大部分において準用しているため、内容の確認が必要です。

- ① 「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年厚生省令第37号。以下、「基準省令」という。）
- ② 「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。以下、「予防基準省令」という。）

<基準省令から変更した豊田市の独自基準>

- ① 指定の欠格事由に暴力団排除の規定を追加
- ② 利用者のサービス提供に関する記録\*の保存年限を5年に延長

\*基準省令 §204 の2 第2項、§215 第2項 予防基準省令 §275 第2項、§288 第2項

- ・ 基準条例は、必要最低限の基準を定めたものであり、事業者はこれらを遵守し、常に事業運営の向上に努めなければなりません。
- ・ 指定基準には、次の要件が定められています。

① 基本方針	指定福祉用具貸与・特定福祉用具販売の目的など
② 人員基準	従業者の技能・人員に関する基準
③ 設備基準	事業所に必要な設備についての基準
④ 運営基準	保険給付の対象となる介護サービス事業を実施する上で求められる運営上の基準

## (1) 基本方針のあらまし

指定福祉用具貸与・特定福祉用具販売は、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、心身の状況や希望・環境をふまえ、適切な福祉用具の選定の援助・取付け・調整等を行い、福祉用具を貸与・販売することで、日常生活上の便宜を図りその機能訓練等に資するとともに、介護者の負担軽減を図るものです。

## (2) 人員基準のあらまし

### ア 福祉用具専門相談員

- ・ 員数 常勤換算方法で、2.0人以上配置すること。
- ・ 福祉用具専門相談員は、福祉用具貸与計画（介護予防福祉用具貸与計画）、特定福祉用具販売計画（特定介護予防福祉用具販売計画）の作成・変更等を行い、福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）、特定福祉用具販売（特定介護予防福祉用具販売）の提供に当たる。

※常勤換算方法とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。この場合の勤務延時間数は、当該事業所の指定に係る事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該事業所が居宅介護支援と通所介護の指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が介護支援専門員と通所介護の介護職員を兼務する場合、介護支援専門員の勤務延時間数には、介護支援専門員としての勤務時間だけを算入することとなるものであること。（小数点第2位切り捨て）

- ・ 資格要件

福祉用具専門相談員として、次の資格等を有する者が認められています。

a	保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、義肢装具士
b	福祉用具専門相談員指定講習修了者

### イ 管理者

- ・ 専従で常勤の者を配置する（1人）。
- ・ 兼務の取扱い

- ・ 兼務は、管理業務に支障がないことが前提です。
- ・ 当該事業所の福祉用具専門相談員等としての職務との兼務は可能です。
- ・ 同一法人で同一敷地内にある他の事業所、施設の職務との兼務は可能です。（管理者以外の職種で、1職種のみ兼務が可能）
- ・ ただし、入所施設における入所者に対してサービス提供を行う看護・介護

職員と兼務する場合などは、管理業務に支障があると考えられます。

- ・ 資格要件はありませんが、次の管理者の職責を果たせること。
- ・ 管理者の職務（基準省令第52条）

- ・ 従業者及び業務の管理を一元的に行う。
- ・ 従業者に運営に関する基準を遵守させるための指揮命令を行う。

- ・ 他の職務を兼務する場合、管理者は、勤務日においては、1日の労働時間の半分以上は管理業務に就くこと。

### (3) 設備基準のあらまし

#### ア 区画

- ・ 事業運営のために必要な広さの区画を設けること。
- ・ 下記ウの部分を除き、他の事業の用に供するものと明確に区分される場合は、他の事業と同一であっても差し支えありません。間仕切りがなくとも、福祉用具貸与・特定福祉用具販売の事業を行うための区画が明確に特定されれば足りません。

#### イ 相談スペース

- ・ 相談スペースを設けること（共用可）。
- ・ 相談スペースは、少なくともパーティション（ついで）などにより、プライバシーが確保されるものとする。

#### ウ 設備及び器材

- ・ 福祉用具の保管のために必要な設備（委託等により保管又は消毒を他の事業者に行わせる場合は備える必要はありません。）
  - a 清潔であること
  - b 既に消毒又は補修がなされている福祉用具とそれ以外の福祉用具を区分するため、保管室を別にする若しくはつい立ての設置等により保管する区域を明確にすること
- ・ 福祉用具の消毒のために必要な器材（委託等により他の事業者に行わせる場合は備える必要はありません。）
  - a 福祉用具の種類及び材質等からみて適切な消毒効果を有するものであること

#### エ その他

- ・ 事務室・区画、又は設備及び備品等については、必ずしも事業者所有でなくとも貸与を受けているもので足りません。

### (4) 運営基準のあらまし

運営の基準として次のような項目が、規定されています。

- ・ 利用申込者に対するサービス提供内容及び手続の説明及び同意
- ・ 提供拒否の禁止

- ・ サービス提供困難時の対応
- ・ 受給資格等の確認
- ・ 要介護及び要支援認定の申請に係る援助
- ・ 心身の状況等の把握
- ・ 居宅介護支援事業者等との連携
- ・ 介護予防支援事業者等との連携
- ・ 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助（福祉用具貸与）
- ・ 居宅サービス計画及び介護予防サービス計画に沿ったサービスの提供
- ・ 居宅サービス計画及び介護予防サービス計画等の変更の援助
- ・ 身分を証する書類の携行
- ・ サービスの提供の記録
- ・ 利用料等の受領（福祉用具貸与）
- ・ 販売費用の額等の受領（特定福祉用具販売）
- ・ 保険給付の請求のための証明書の交付（福祉用具貸与）
- ・ 保険給付の申請に必要な書類等の交付（特定福祉用具販売）
- ・ 指定福祉用具貸与の基本取扱方針（福祉用具貸与）
- ・ 指定福祉用具貸与の具体的取扱方針（福祉用具貸与）
- ・ 福祉用具貸与計画の作成
- ・ 指定特定福祉用具販売の基本取扱方針（特定福祉用具販売）
- ・ 指定特定福祉用具販売の具体的取扱方針（特定福祉用具販売）
- ・ 特定福祉用具販売計画の作成
- ・ 利用者に関する市町村への通知
- ・ 管理者の責務
- ・ 運営規程
- ・ 勤務体制の確保等
- ・ 適切な研修の機会の確保
- ・ 福祉用具の取扱種目
- ・ 衛生管理等
- ・ 掲示及び目録の備え付け
- ・ 秘密保持等
- ・ 広告
- ・ 居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者に対する利益供与の禁止
- ・ 苦情処理
- ・ 地域との連携
- ・ 事故発生時の対応
- ・ 会計の区分
- ・ 記録の整備

### I-3 指定の事務の流れ

#### (1) 事業を始める前に

- ・ 介護保険の事業を行うには、法人格が必要です。
- ・ 事業予定地、建物で実施したい事業の展開が可能であるか確認が必要です。  
⇒ 建築基準法、開発許可、消防法、安全衛生法、農地法等

#### (2) 指定の受付

- ・ 事前相談、図面相談、新規申請及び加算届の受付は、事前予約が必要です。電話で予約をした上でご来庁ください。
- ・ 提出書類の様式などはホームページに掲載しています。

#### (3) 指定のスケジュール

##### ア 基本ルール

- ① 指定は、指定希望月の前々月末の午後5時までに受け付け、受理した申請書類を審査の上、翌々月の1日付けで行います。指定は月1回です。

例：1月25日に受理した申請は、審査の上、3月1日に指定  
なお、月の末日が閉庁日の場合は、直前の開庁日を締切日とします。

例：月の末日が日曜日の場合は、その前々日の金曜日が締切日

- ② 書類に不備のあるものについては、受理しません。
- ③ 申請時点で、建物・備品等が使用可能な状態になっている必要があります。(申請を受理した翌日に調査しても基準を満たしていることが確認できる状況となっていることが必要です。)

##### イ 指定のスケジュール

指定申請の大まかなスケジュールは、次のとおりです。

指定月の前々月の末日まで	<b>1 事前相談</b> ① 事業者からの指定基準に関する質問に対する応答 ② 図面相談(建物新築、改修にあたって建築図面でチェック) ※通所介護、短期入所生活介護等建物構造に基準がある場合
	<b>2 申請(通例3回程度対応)</b> 申請書類のチェック ・チェックリスト(別紙)で確認 ・チェックは、欠格事由、人員基準、設備・運営基準適合性など ・人員基準は、資格証、雇用契約書、勤務体制・形態表等で確認 ・設備基準は、図面及び写真で確認 ・運営基準は、運営規程で確認 ※申請時点で、必要な人員が確保できていること、基準に適合した建物設備等が確保されていること
	<b>3 受理(月の末日締切。末日が閉庁日の場合は直前の開庁日)</b>

前月	4 書面審査 書面を再チェック(必要があれば補正)
	5 現地確認 ・建物設備等の確認 ・雇用契約、資格証等の確認
指定月以降	6 指定(毎月1回、1日付け) ① 台帳入力 ② 事業所指定番号付番 ③ 指定通知書の送付 ④ 告示
	7 通常の実地指導(人員基準・設備基準・運営基準・介護報酬・運営状況)

<指定申請書受理後の留意事項>

指定申請書受理後、指定月まで約1か月ありますが、その間も指定申請書等の審査期間です。あくまでも指定予定であり、指定されるまでの間は利用予定者との契約はできませんので御注意ください。また、広報等については以下のことに注意してください。

- ◎ 内容が虚偽又は誇大なものとならないようにしてください。
- ◎ 「居宅介護支援」については、他の居宅サービスや施設サービスと同一紙面に広告はできません。
- ◎ リーフレット等には、介護事業所として既に指定を受けているかのような表現はしないようにしてください。(例 良い例：9月1日指定予定、悪い例：9月1日オープン) また、内覧会等を開催する場合についても同様です。
- ◎ 各家庭を訪問し、広報を行うにあたっては、強引な勧誘と受け取られかねないような対応は慎んでください。

なお、事業の開始は原則として指定日と同日としてください。

(4) 業務管理体制整備に関する届出

法人として、新規に介護サービスを始めた場合は、医療みなし事業所以外の事業所を除き、法人単位で、業務管理体制を整備し、愛知県高齢福祉課介護保険指定・指導グループ(電話(直)052-954-6289)に届け出る必要があります。指定申請とは別に、届け出る必要がありますので忘れないようにお願いします。

(5) 生活保護の指定

平成26年7月1日以降に介護保険法による指定又は開設許可を受けた介護機関は、生活保護法の指定介護機関の指定を受けたものとみなされます。生活保護法に基づく指定申請の手続きは必要ありません。

## II 指定申請書類について

- 指定申請には、点検表に記載の書類が必要となります。点検表にて自己確認し、指定申請相談時にも持参してください。 ※必要に応じて追加資料を求める場合があります。
- 介護事業と介護予防事業を同時に申請する場合は、別々に書類を作成する必要はありません。ただし、各書類において、サービス種類を記載する箇所に両方のサービス名を書く必要があります。

### 福祉用具貸与の点検表【介護予防(有・無)】

法人名		①	②	③
事業所名		点検日	H . .	H . .
担当者		対応職員		
連絡先		相談者		

【基準等に関する確認】 申請者(管理者)は基準条例(省令)や関係通知を確認し、熟知していますか → □ : はい . □ : いいえ

【提出書類一覧】 提出書類を整えるにあたりチェックポイントに留意してください。また、提出前に十分確認し、確認欄の□にチェックしてください。

NO.	確認	書 類	①	②	③	チェックポイント等
1	<input type="checkbox"/>	指定申請書(様式第1号)				□ 不一致の有無(名称・所在地・代表者・管理者・電話番号・FAX番号・定款・登記事項証明書・添付書類等で間違った住所や氏名が書かれていないこと)
2	<input type="checkbox"/>	指定に係る記載事項(付表11)				
3	<input type="checkbox"/>	定款、寄付行為等				□ 定款の目的の中に、福祉用具貸与の場合は「福祉用具貸与」・「居宅サービス事業」、介護予防福祉用具貸与の場合は「介護予防福祉用具貸与」・「介護予防サービス事業」等の適切な記載
4	<input type="checkbox"/>	法人登記事項証明書				□ 履歴事項全部証明書 □ 直近3ヶ月以内のもの
5	<input type="checkbox"/>	事業所の平面図(参考様式1-1)並びに設備の概要 【設備・備品の概要】(参考様式1-3)				□ 事務室 □ 相談スペース □ 保管設備 □ 消毒機材(消毒・消毒を委託する場合は不要) ※広さの数値を記入し、平面図に撮影した方向を記入する。
6	<input type="checkbox"/>	主要な場所の写真(参考様式1-4)				□ 建物の外観、玄関、事務室、洗面所、トイレ、相談コーナー、上記の設備・備品(※完成した事業所の写真添付)
7	<input type="checkbox"/>	土地・建物の登記簿、賃貸契約書等				(法人所有の場合) □ 土地・建物の登記事項証明書の写し ※登記が間に合わない場合は建物の検査済証(賃貸の場合) □ 賃貸契約書の写し ※当該事業の実施が認められているか
8	<input type="checkbox"/>	管理者の経歴(参考様式2-1)				□ 労働条件通知書(雇用通知書)・辞令の写しなどの雇用関係が分かるもの
9	<input type="checkbox"/>	福祉用具の保管及び消毒の方法				□ 消毒・保管マニュアル □ 消毒・保管を委託する場合は委託契約書
10	<input type="checkbox"/>	運営規程				□ 必要規程事項(□ 事業目的・運営方針 □ 従業者の職種・員数及び職務内容 □ 営業日及び営業時間 □ 福祉用具貸与の提供方法、取り扱う種目及び利用料その他の費用の額 □ 通常の事業の実施地域 □ その他運営に関する重要事項)
11	<input type="checkbox"/>	苦情を処理するための措置の概要(参考様式3)				□ 記録の保存と再利用 □ 苦情窓口(担当者名・電話番号・FAX等) □ 豊田市、国保連の電話番号・FAX等
12	<input type="checkbox"/>	従業者の勤務体制及び勤務形態 【事業開始日から4週間分】(参考様式4)				□ 管理者 常勤 (□ 当該福祉用具貸与事業所の従業者、同一敷地内にある他の事業所との兼務可) □ 福祉用具専門相談員 常勤換算2以上 □ 同一敷地内で他の業務を兼務する場合にあっては、兼務先の勤務表(介護予防福祉用具貸与と併設の場合は原則として同一勤務表で可だが、その旨を明記) ※ 介護予防福祉用具貸与事業者、(介護予防)特定福祉用具販売事業者の指定を受け、当該福祉用具貸与事業が同一の事業所において一体に行われている場合は、それぞれの人員を満たしているとみなす
13	<input type="checkbox"/>	就業規則				□ 労働者常時10以上→要 □ 労働者常時10未満→不要 ※ 常時10人以上の労働者を使用する使用者は就業規則を作成し所轄労働基準監督署長に届出必要あり
14	<input type="checkbox"/>	福祉用具専門相談員の資格証の写し				□ 資格証(介護福祉士、義肢装具士、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、指定講習会受講者) □ 氏名変更があれば、それが分かる公的な証明書(戸籍抄本等)
15	<input type="checkbox"/>	当該申請に係る資産の状況				□ 直近の決算書(新設法人で決算期前の場合は、法人の資産を確認できるもの) □ 収支予算書(事業開始月から2年以上の収支見込)(参考様式5)
16	<input type="checkbox"/>	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(様式A)				□ 郵便番号、氏名、住所等の不一致の確認
17	<input type="checkbox"/>	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(様式B)				□ 適用開始年月日、記入漏れの確認
18	<input type="checkbox"/>	欠格事由に該当しないことの誓約書(参考様式7-1、7-6)				□ 法第70条第2項各号 □ 法第115条第2項各号
19	<input type="checkbox"/>	役員の氏名、生年月日、住所(参考様式8)				□ 全役員(管理者含む)



**特定福祉用具販売の点検表【介護予防(有・無)】**

法人名	
事業所名	
担当者	
連絡先	

	①	②	③
点検日	H . .	H . .	H . .
対応職員			
相談者			

【基準等に関する確認】 申請者(管理者)は基準条例(省令)や関係通知を確認し、熟知していますか →  : はい ・  : いいえ

【提出書類一覧】 提出書類を整えるにあたりチェックポイントに留意してください。また、提出前に十分確認し、確認欄の□にチェックしてください。

NO.	確認書類	①	②	③	チェックポイント等
1	<input type="checkbox"/> 指定申請書(様式第1号)				<input type="checkbox"/> 不一致の有無(名称・所在地・代表者・管理者・電話番号・FAX番号・定款・登記事項証明書・添付書類等)で間違った住所や氏名が書かれていないこと
2	<input type="checkbox"/> 指定に係る記載事項(付表12)				
3	<input type="checkbox"/> 定款、寄付行為等				<input type="checkbox"/> 定款の目的の中に、特定福祉用具販売の場合は「特定福祉用具販売」・「居宅サービス事業」、介護予防特定福祉用具販売の場合は「介護予防特定福祉用具販売」・「介護予防サービス事業」等の適切な記載
4	<input type="checkbox"/> 法人登記事項証明書				<input type="checkbox"/> 履歴事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 直近3ヶ月以内のもの
5	<input type="checkbox"/> 事業所の平面図(参考様式1-1)並びに設備の概要 【設備・備品の概要】(参考様式1-3)				<input type="checkbox"/> 事務室 <input type="checkbox"/> 相談スペース ※広さの数値を記入し、平面図に撮影した方向を記入する。
6	<input type="checkbox"/> 主要な場所の写真(参考様式1-4)				<input type="checkbox"/> 建物の外観、玄関、事務室、洗面所、トイレ、相談コーナー、上記の設備・備品(※完成した事業所の写真添付)
7	<input type="checkbox"/> 土地・建物の登記簿、賃貸契約書等				(法人所有の場合) <input type="checkbox"/> 土地・建物の登記事項証明書の写し ※登記が間に合わない場合は建物の検査済証(賃貸の場合) <input type="checkbox"/> 賃貸契約書の写し ※当該事業の実施が認められているか
8	<input type="checkbox"/> 管理者の経歴(参考様式2-1)				<input type="checkbox"/> 労働条件通知書(雇入通知書)・辞令の写しなどの雇用関係が分かるもの
9	<input type="checkbox"/> 運営規程				<input type="checkbox"/> 必要規程事項(事業目的・運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数及び職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売の提供方法、取り扱う種目及び販売費用の額その他の費用の額 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項)
10	<input type="checkbox"/> 苦情を処理するための措置の概要(参考様式3)				<input type="checkbox"/> 記録の保存と再利用 <input type="checkbox"/> 苦情窓口(担当者名・電話番号・FAX等) <input type="checkbox"/> 豊田市、国保連の電話番号・FAX等
11	<input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制及び勤務形態【事業開始日から4週間分】(参考様式4)				<input type="checkbox"/> 管理者 常勤 ( <input type="checkbox"/> 当該特定福祉用具販売事業所の従業者、同一敷地内にある他の事業所との兼務可) <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員 常勤換算2以上 <input type="checkbox"/> 同一敷地内で他の業務と兼務する場合には、兼務先の勤務表(介護予防特定福祉用具販売事業者と併設の場合は原則として同一勤務表で可だが、その旨を明記) ※介護予防特定福祉用具販売事業者、(介護予防)福祉用具貸与事業者の指定を受け、当該特定福祉用具販売事業者が同一の事業所において一体に行われている場合は、それぞれの人員を満たしていることとみなす
12	<input type="checkbox"/> 就業規則				<input type="checkbox"/> 労働者常時10以上一要 <input type="checkbox"/> 労働者常時10未満→不要 ※常時10人以上の労働者を使用する使用者は就業規則を作成し所轄労働基準監督署長に届出必要あり
13	<input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員の資格証の写し				<input type="checkbox"/> 資格証(介護福祉士、義肢装具士、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、指定講習会受講者)
14	<input type="checkbox"/> 当該申請に係る資産の状況				<input type="checkbox"/> 直近の決算書(新設法人で決算期前の場合は、法人の資産を確認できるもの) <input type="checkbox"/> 収支予算書(事業開始月から2年以上の収支見込)(参考様式5)
15	<input type="checkbox"/> 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(様式A)				<input type="checkbox"/> 郵便番号、氏名、住所等の不一致の確認 <input type="checkbox"/> 適用開始年月日、記入漏れの確認
16	<input type="checkbox"/> 欠格事由に該当しないことの誓約書(参考様式7-1、7-6)				<input type="checkbox"/> 法第70条第2項各号 <input type="checkbox"/> 法第115条第2項各号
17	<input type="checkbox"/> 役員の氏名、生年月日、住所(参考様式8)				<input type="checkbox"/> 全役員(管理者含む)

(1) 指定申請書 (様式第1号)

様式第1号

指定 (開設許可) 申請書

年 月 日

豊田市長様

申請者 <sup>①</sup> 在 所  
 (法人の場合は、主たる事務所の所在地)  
 名 称 <sup>②</sup>  
 (法人の場合は、名称並びに代表者の職及び氏名)

指定居宅サービス事業者	第70条 第1項
指定地域密着型サービス事業者	第78条 の2第1項
指定居宅介護支援事業者	第79条 第1項
指定介護老人福祉施設	第86条 第1項
介護老人保健施設	第94条 第1項
指定介護予防サービス事業者	第115条 の2第1項
指定地域密着型介護予防サービス事業者	第115条 の12第1項
指定介護予防支援事業者	第115条 の22第1項
指定介護予防訪問介護事業者	旧介護保険法 第115条 の2第1項
指定介護予防通所介護事業者	

の規定により、次のとおり申請します。

申請者	法人連絡先	電話番号	<sup>③</sup>		FAX番号	
					Eメールアドレス	
	法人の種類別		法人所轄庁			
	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 - )				
申請する事業所・施設	フリガナ	<sup>④</sup>				
	名称	(郵便番号 - )				
	事業所等の所在地					
	連絡先	電話番号			FAX番号	
					Eメールアドレス	

① 申請者

- ・ 申請者は、法人でなくてはなりません。法人の種類は問いません。但し、介護保険サービスの実施にあたって、県（国）の認可（社会福祉法人、医療法人等）が必要な法人については、別途法人を所管する部署との協議を行い、定款変更などの各手続きを済ませた上で、申請書類を提出してください。
- ・ 法人登記上、記載されている住所を記載します。（丁目・番地等は省略せずに記載すること。）
- ・ 法人の名称についても、省略しないで登記上の正式な法人名を記載します。（例：「株式会社」を「(株)」等のように省略しないこと。）
- ・ 郵便番号、電話番号など誤りがないようよく確認して記入してください。

② 印

- ・ 法務局に登録した印鑑（当該代表者印）を押印してください。

③ 法人所轄庁

- ・ 「法人の種別」が株式会社、合同会社等の場合は空欄とし、社会福祉法人、医療法人、特定非営利活動法人などは、所管する（認可等を受けた）官庁を記入します。

④ 事業所名称

- ・ 名称中の空白に注意してください。記載どおりに台帳登録しますので、正確に記入してください。  
例：「レンタルあいち」とするのか「レンタル あいち」とするのか。（後者は、空白あり）
- ・ 類似の名称がある場合、何かとトラブルが起きることが想定されますから、調査、確認の上、事業所名称を決めてください。

申請する事業所・施設	同一所在地において行う事業の種類	指定申請 ⑤			事業別の記載事項	既に指定等を受けている事業 ⑥			
		介護	予防	事業開始等 予定年月日		指定等年月日		介護保険事業所番号	
						介護	予防		
申請する事業所・施設	訪問介護				付表1				
	訪問入浴介護				付表2				
	訪問看護				付表3				
	訪問リハビリテーション				付表4				
	居宅療養管理指導				付表5				
	通所介護				付表6				
	通所リハビリテーション				付表7				
	短期入所生活介護				付表8				
	短期入所療養介護				付表9				
	特定施設入居者生活介護				付表10				
	福祉用具貸与				付表11				
	特定福祉用具販売				付表12				
	地域密着型 (介護予防) サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護				付表13			
		夜間対応型訪問介護				付表14			
		認知症対応型通所介護				付表15			
		小規模多機能型居宅介護				付表16			
		認知症対応型共同生活介護				付表17			
		地域密着型特定施設入居生活介護				付表18			
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				付表19			
		看護小規模多機能型居宅介護				付表20			
	居宅介護支援				付表21				
	施設	介護老人福祉施設				付表22			
		介護老人保健施設				付表23			
		介護予防支援				付表24			
医療機関等の区分及びコード		事業区分			コード				

備考

- 「指定申請事業」の「介護」「予防」欄に、今回申請する事業について「○」を記入してください。
- 「事業開始等予定年月日」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。
- 「既に指定等を受けている事業」の「指定等年月日」欄は、同一の所在地にて既に指定等を受けている事業等がある場合に「介護」「予防」それぞれについて該当する欄に指定等を受けた年月日を記載してください。
- 「医療機関等の区分及びコード」欄は、事業所等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されている場合に記載し、「事業区分」は当該事業所等の医科、歯科、薬局、老人保健施設又は訪問看護ステーションの別を、「コード」は当該事業所等の医療機関コード等を記載してください。

⑤ 事業開始等予定年月日

- 申請書類を提出する日の属する月の翌々月の1日として記入してください。  
例：平成〇〇年5月中に受理の見込み → 平成〇〇年7月1日

⑥ 既に指定等を受けている事業等

- 同一敷地内・同一申請者により既に指定等を受けている事業がある場合に、記入してください。

(2) 指定に係る記載事項 (付表 1 1 または付表 1 2)

付表 1 1 福祉用具貸与事業者・介護予防福祉用具貸与事業者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 - )			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
			Eメールアドレス		
① 管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )
	氏名				
	生年月日				
	当該福祉用具貸与事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				
	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				
② 従業者の職種・員数			② 専門相談員		
			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					
③ 主な揭示事項	営業日				
	営業時間				
	取り扱う種目				
	利用料	法定代理受領分 (一割負担分)	料金表の一割		
		法定代理受領分以外	料金表		
	その他の費用				
通常の事業実施地域					

付表 1 2 特定福祉用具販売事業者・特定介護予防福祉用具販売事業者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 - )			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
			Eメールアドレス		
① 管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )
	氏名				
	生年月日				
	当該福祉用具販売事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				
	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				
②	従業者の職種・員数	専門相談員			
		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				
③ 主な揭示事項	営業日				
	営業時間				
	取り扱う種目				
	販売費用の額	料金表			
	その他の費用				
	通常の事業実施地域				

① 管理者

- ・ 管理者については、資格要件はありませんが、「常勤であり、かつ、原則として専ら当該事業所の管理業務に従事」しなくてはなりません。
- ・ 次の場合であって、当該事業所の管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができます。

ア 当該指定福祉用具貸与事業所の福祉用具専門相談員としての職務に従事する場合

イ 同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該事業所の管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合

- ・ 次のような場合は、管理業務に支障があるとされ、兼務できません。  
例：ア 管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合  
イ 併設される入所施設において入所者に対しサービス提供を行う看護・介護職員と兼務する場合
- ・ 福祉用具専門相談員との兼務は可能ですが、勤務日においては、管理業務を1日の労働時間の半分以上することとしています。  
例：管理者が月曜日から金曜日まで勤務するとして、  
○ 月曜日から金曜日の各日も管理者として4時間、福祉用具専門相談員として4時間勤務する場合  
× 月曜日から木曜日まで管理者として勤務し、金曜日は福祉用具専門相談員として勤務する場合
- ・ 事業所で他の職務を兼務する場合にあっては、その職務名  
⇒福祉用具貸与・販売事業所で他の職種と兼務する場合に記入
- ・ 同一敷地内の他の事業等の職務を兼務する場合にあっては、その事業所等の名称、兼務する職務名及び勤務時間  
⇒同一法人で同一敷地内にある他の事業所の職務と兼務する場合に記入する

## ② 福祉用具専門相談員の数

- ・ 福祉用具専門相談員の配置基準は、次のとおり。  
常勤換算方法で2.0以上（管理者が福祉用具専門相談員と兼務する場合、管理者として勤務する時間は、常勤換算を計算する際の時間に含みません。）
- ・ 福祉用具専門相談員は、次のいずれかの資格等が必要です。

ア 保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、義肢装具士

イ 福祉用具専門相談員指定講習修了者

- ・ 福祉用具専門相談員の数を、常勤・専従、常勤・兼務、非常勤・専従、非常勤・兼務の区分ごとに記入します。
- ・ 管理者と兼務する福祉用具専門相談員は、常勤・兼務として記入します。常勤換算にあたっては、福祉用具専門相談員としては0.5人（管理者の常勤換算が0.5の場合）とします。
- ・ 後述の「従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（参考様式1）」の人数、常勤換算数と一致すること。

## ③ 主な揭示事項

- ・ 「営業日」「営業時間」は、運営規程に記載されている内容のとおり記入してください。
- ・ 「利用料」は、記入例のとおり記入していただければ結構です。  
通常は、法定代理受領（現物給付）ですが、保険料滞納者などについては、支払方



法が変更され、償還払い（いったん全額を利用者が負担する）とされます。

- ・ 「その他の費用」は、通常の事業の実施地域以外の場合の交通費（移動に要する実費）、特別な搬出入費（通常必要となる人数以上の従業者の人件費やクレーン車使用料等に要した実費）が該当します。
- ・ 「通常の事業の実施地域」は、運営規程に定めたとおりに記載してください。書ききれない場合は、「別記」とし、別に記載した用紙を添付してください。
- ・ 「通常の事業の実施地域」は、サービス提供地域ではなく、この地域以外の利用者であっても利用者が希望すればサービスを提供することができます。
- ・ したがって、利用者の立場からは、通常の事業の実施地域が明確でないと不利益を被る場合もあるため、通常の事業の実施地域は客観的に定める必要があり、原則として、行政区画により規定します。

例：○豊田市西町

×「豊田市東部」「豊田市の一部」

- ・ 事業者の立場からは、「通常の事業の実施地域」は、次のような意義があります。

ア 事業者は正当な理由なくサービスの提供を拒むことができないが、通常の事業の実施地域外であることは、サービス提供を拒む正当な理由があるとされる。

イ 通常の事業の実施地域以外の場合には、交通費（移動に要する実費）をその他の費用として徴収できる。

### （３）定款（写し）

- ・ 法人の定款のコピーを添付してください。（原本証明不要）
- ・ 介護保険の福祉用具貸与（販売）事業を法人の事業として明確に位置づけていることを確認するため、原則として、目的として、「介護保険法に基づく福祉用具貸与事業、介護予防福祉用具貸与事業」、「介護保険法に基づく福祉用具販売事業、介護予防福祉用具販売事業」、「介護保険法上の居宅サービス事業、介護予防サービス事業」などの規定がなされていることが必要です。

### （４）商業登記事項証明書

- ・ 商業登記、法人登記の登記事項証明書（３ヶ月以内に法務局から発行された原本）を添付してください。

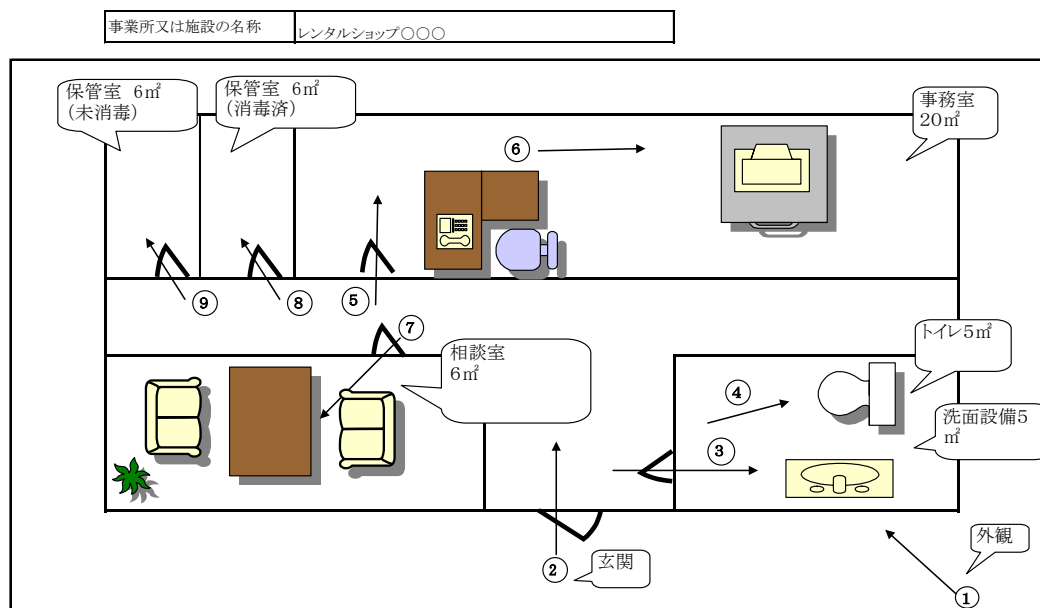
### （５）－Ⅰ 平面図（参考様式１－１）

- ・ 事業の運営を行うために必要な広さを有する特定の区画（受付、相談コーナー、消毒・保管設備（消毒・保管設備について、委託の場合は除く））が必要です。
- ・ 他の事業所と同じ事務室を共用しても構いませんが、机などそれぞれの備品がどの事業所にあたるのか明確に区分し、図面上色分けすること。トイレ、相談室などを共用する場合はその旨明記してください。
- ・ サービス提供に必要な設備・備品（洗面所・トイレ・書庫など）も記載します。



- ・ 次の「主要な場所の写真」にて確認するため、平面図に写真の番号と撮影した方向を記入してください。

**事業所の平面図（福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与、特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売）**



- 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分かり易く表示してください。  
 3 平面図の他に、現場確認は原則として写真を用いて判断しますので、事業所の外観(入口等が利用者にとってわかりやすいか)および内部(事業所・相談スペース・サービス担当者会議等のスペース)の広さや様子がわかるような写真をA4版の紙(台紙)に貼り付け、当該写真の横に撮影場所と平面図における番号を記載してください。  
 3 本様式の余白部分に当該サービスの提供を行うために整備する備品等の品名及び員数を記載することで差し支えありません。

**(5) - II 設備の概要（参考様式 1 - 3）**

- ・ 基準上必要とされている設備について、事業を実施するにあたり必要な備品等を記載してください。

**(6) 主要な場所の写真（参考様式 1 - 4）**

- ・ 写真は、最新の状況を撮影したものであること。
- ・ 写真は、カラー写真としてください。
- ・ 写真は、①建物全景、②建物玄関（入口）、③事務室（四方から撮影）、④相談コーナー、⑤洗面所、⑥トイレ、⑦保管設備、⑧消毒器材（※保管・消毒を委託する場合は不要）、⑨備品（個人情報管理できるキャビネット、パソコン、ファックス、電話など）について、貼付してください。
- ・ 撮影した日付を記入してください。
- ・ 写真説明欄には、(5) - I 平面図に付した番号（撮影位置を示したもの）と説明を記入してください。

**(7) 土地・建物の登記簿、賃貸契約書等**

**<法人所有の場合>**

- ・ 土地・建物の登記事項証明書を提出してください。登記事項証明書が月末までに

提出できない場合は、建物の検査済証（写し）を提出し、速やかに登記手続きを行ってください。

### <賃貸の場合>

- ・ 土地・建物が賃貸である場合は、賃貸契約書のコピーを添付してください。
- ・ 賃貸借の借主は、申請者（法人）でなくてはなりません。代表取締役個人名での契約の場合や代表取締役が経営している他の会社名の場合などは、認められません。
- ・ 取締役が個人所有している物件を当該法人と賃貸契約している場合は、一般に民法で規定された双方代理にあたりますので、株主総会（取締役会設置会社においては取締役会）の承認が必要です。この場合は、承認時の議事録を添付してください。
- ・ 賃貸借契約書に、「住居としてのみ使用する」など条件が付されている場合は、あらためて、貸し主に「福祉用具貸与（販売）業所として使用すること」を認める旨を記した書面をもらい、コピーを添付してください。

### （８）管理者経歴書（参考様式２－１）及び雇用関係を証する書類

#### 管理者 経歴書

事業所又は施設の名称		福祉用具レンタルとよた	
カナ	アチ ハコ		
氏名	愛知 花子	生年月日	昭和35年4月1日
住所	(郵便番号 471-0000 ) 豊田市〇〇〇×丁目◆番地		
電話番号	(0565) 961-〇〇〇〇		
主 な 職 歴 等			
年月日 ~ 年月日	勤務先等	職務内容	
昭和57年4月1日 ~平成3年3月31日	社会福祉法人〇〇 〇〇訪問介護事業所	ホームヘルパー	
平成3年4月1日 ~平成10年6月30日	在宅		
平成10年7月1日 ~平成17年3月31日	社会福祉法人〇〇 ××デイサービス	介護職員	
平成17年4月1日 ~平成19年8月31日	社会福祉法人〇〇 ××居宅介護支援事業所	介護支援専門員	
平成19年9月1日 ~平成23年3月31日 (予定)	株式会社愛知〇〇サービス デイサービス 〇〇	管理者	
職務に関連する資格			
資格の種類		資格取得年月日	

介護福祉士	平成10年4月16日
介護支援専門員	平成16年3月31日
備考（研修等の受講の状況等）	

<経歴書>

- ・ 主な職歴等については、現在からさかのぼって5つの職歴等を記入してください。
- ・ 現在、他の職場に勤務している方については、その職場をいつ退職し、いつから申請者の職場に変わるのか分かるようにしてください。

<雇用関係を証する書類>

- ・ 雇用関係を証する書類とは、当該の者が、すでに申請者の法人に雇用されている、又は指定日までに雇用することを示す「雇用契約書」「労働条件通知書(雇入通知書)」「辞令」のいずれかの写し（コピー）、です。

(9) 福祉用具の保管及び消毒の方法（福祉用具貸与のみ）

- ・ 当該事業者が福祉用具の保管及び消毒を行う場合、消毒の具体的方法及び消毒器材の保守点検の方法について、実態を記載してください。（標準作業書を添付）
- ・ 保管・消毒について全部又は一部を他の事業者へ委託する場合は、委託先との委託契約書、標準作業書を添付するとともに、消毒及び保管設備の平面図、保管庫等の写真も提出してください。

なお、委託先が2か所以上となる場合、委託先ごとに添付してください。

※ 委託契約は次に掲げる事項を文書により取り決めなければなりません。

- 1 当該委託等の範囲
- 2 当該委託等に係る業務の実施に当たり遵守すべき条件
- 3 受託者等の従業者により当該委託等がなされた業務が運営基準に従って適切に行われていることを指定事業者が定期的に確認する旨
- 4 指定事業者が、当該委託等業務に関し受託者等に対し指示を行い得る旨
- 5 指定事業者が、当該委託等業務に関し改善の必要を認め、所要の措置を講じるよう前号の指示を行った場合において、当該措置が講じられたことを指定事業者が確認する旨
- 6 受託者等が実施した当該委託等業務により、利用者に賠償すべき事故が発生した場合における責任の所在
- 7 その他当該委託等業務の適切な実施を確保するために必要な事項

(10) 運営規程（居宅サービス、介護予防サービス共通）

- ・ 運営規程には、次の内容を記載する必要があります。

1	事業の目的及び運営の方針	
2	従業者の職種、員数及び職務の内容	専門相談員の職務内容に、福祉用具貸与計画、福祉用具販売計画の作成等を記載

3	営業日及び営業時間	
4	指定福祉用具貸与・特定福祉用具販売の提供方法、取り扱う種目及び利用料・販売費用の額その他の費用の額	福祉用具の選定の援助、納品及び使用方法の指導の方法を記載
5	通常の事業の実施地域	客観的にその区域が特定されること。
6	その他運営に関する重要事項	標準作業書に記載された福祉用具の消毒方法について規定すること（介護予防福祉用具貸与の場合）

- ・ 参考例をホームページに掲載していますので参考にしてください。
- ・ 従業者の職種、員数は、(2) 指定に係る記載事項及び (12) 従業者の勤務体制及び勤務形態の記載と合致するようにしてください。

### (11) 苦情を処理するための措置の概要（参考様式6）

- ・ 参考例をホームページに掲載していますので参考にしてください。
- ・ 解決困難な場合の連絡先として保険者及び国保連の電話番号とFAX番号も記載してください。

### (12) 従業者の勤務体制及び勤務形態（参考様式4）

(参考様式4)  
**従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表** (平成24年4月) (介護予防事業を行う場合は、列記すること)  
事業所名 (レンタルショップとよた)  
**常勤職員の勤務時間** 1日 変更日が月途中の場合は、変更した日 から4週分で作成すること。 4週 160時間  
(常勤職員の勤務時間は事業所の就業規則による。)

職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週合計	常勤換算後の人数	兼務先の職務内容	
			日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土				
④	B	豊田 太郎	4	4	4	4	4		4	4	4	4	4		4	4	4	4	4		4	4	4	4	4		4	4	4	4	4	80	8	9
	A	高輪 福祉	8	8	8	8	8		8	8	8	8	8		8	8	8	8	8		8	8	8	8	8		8	8	8	8	8	160	2.5	
	A	福祉 保健	8	8	8	8	8		8	8	8	8	8		8	8	8	8	8		8	8	8	8	8		8	8	8	8	8	160		
	B	豊田 太郎	4	4	4	4	4		4	4	4	4	4		4	4	4	4	4		4	4	4	4	4		4	4	4	4	4	80		

備考 1 \*欄には、当該月の曜日を記入してください。

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入してください。

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**

**常勤** 正規職員、パート、派遣など雇用形態にかかわらず、「常勤職員の勤務時間数」を勤務する場合はすべて常勤。

**非常勤** この事業所における勤務時間数が、「常勤職員の勤務時間数」に満たない場合は、非常勤。正規職員であっても同一法人の同一敷地内にない他の事業所を兼務している場合などは、非常勤。

**専従** 当該事業所の他の職種に従事せず、同一敷地内の同一法人が経営する他の事業所の職務に従事していない場合。

**兼務** 当該事業所の他の職種又は同一敷地内の同一法人が経営する他の事業所の職務に従事している場合。

4 常勤換算が必要な職種は、常勤の従業者が4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 10名未満で就業規則を作成していない場合は、常勤の勤務時間を定めて記入してください。

(日本工業規格A列4番)

### ① 年月

- ・ 指定予定月を記入します。指定は、申請書を受理した月の翌々月の1日です。  
 例：平成〇〇年5月中の申請の場合 → 平成〇〇年7月 とします。

## ② サービス種類

- ・ 申請するサービス種類を記入します。介護予防福祉用具貸与を実施するときは、「福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与」と併せて記入してください。
- ・ 福祉用具貸与と福祉用具販売を併せて実施するときは1枚に記入しても可能です。その場合、「福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与・特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売」と記入してください。

## ③ 常勤職員の勤務時間

- ・ 労働基準法上の上限である1日8時間、1週40時間を上限とします。(労働基準法の適用のない使用者の立場の方であっても同様に扱います。)
- ・ 1週32時間以下の場合については、常勤職員の勤務すべき時間は、1週32時間としてください。

## ④ 職種

- ・ 「管理者」「福祉用具専門相談員」の順に記入してください。
- ・ 管理者が福祉用具専門相談員を兼務する場合は、福祉用具専門相談員のところにも記入してください。
- ・ 介護福祉士や看護師の資格を持っている方が福祉用具専門相談員をされる場合は、資格名ではなく、「福祉用具専門相談員」と記入してください。

## ⑤ 勤務形態

- ・ 勤務形態の区分（A，B，C，D）は、常勤か非常勤か、専従か兼務かによって区別されています。

区 分	専従	兼務
常 勤	A	B
非常勤	C	D

- ・ 介護保険事業所上の常勤、非常勤、専従及び兼務の意味は次のとおりです。

常勤	正規職員、パート、派遣など雇用形態にかかわらず、「常勤職員の勤務時間数」を勤務する場合はすべて常勤とする。
非常勤	この事業所における勤務時間が、「常勤職員の勤務時間数」に満たない場合は、非常勤。正規職員であっても同一法人の同一敷地内にない他の事業所を兼務している場合などは、非常勤となる。
専従	当該事業所の他の職種に従事せず、同一敷地内の同一法人が経営する他の事業所の職務に従事していない場合。
兼務	当該事業所の他の職種又は同一敷地内の同一法人が経営する他の事業所の職務に従事している場合です。

- ・ 管理者は、常勤でなくてはなりません。管理者の場合は、支障がない場合は「常勤・兼務（B）」も認められます。

⑥ 氏名

- ・ 資格証と不一致がないようにしてください。改姓されている場合は、公的機関が発行する書類により改姓したことを示す必要があります。具体的には、戸籍抄本、免許証の裏書き、年金手帳などのコピーを提出してください。

⑦ 4週合計・週平均の勤務時間

- ・ 「4週合計」は、1日から28日までの勤務時間数を合計した数字を記入してください。
- ・ ただし、「週平均の勤務時間」は、祝日や年末年始の特別休業がなかったものとして、通常の週の平均勤務時間を記入してください。

例：1日8時間の常勤職員

- 年末年始休業もあり4週合計が128時間であったとしても、週平均勤務時間は、40時間とする。

⑧ 常勤換算後の人数

- ・ 福祉用具貸与・特定福祉用具販売事業所は、福祉用具専門相談員が、常勤換算で2.0人以上いる必要があります。
- ・ 常勤換算の数字は、(職種ごとの「週平均の勤務時間」の合計数) ÷ (常勤職員の1週間あたりの勤務時間) で計算し、小数点以下第2位を切り捨てます。

⑨ 兼務先及び兼務する職種

- ・ 同一事業所の他の職種に従事するか、同一敷地内で同一法人が行う事業に従事している場合、兼務先と兼務する職種及び従事時間(例：1日4時間、週20時間)を記入します。

(13) 就業規則

- ・ 常時10人以上の労働者を使用する使用者は、就業規則を作成・労働基準監督署へ届出することとされていますので、そのコピーを添付してください。  
なお、短時間労働者、いわゆるパートタイマーであっても、「常時10人以上の労働者」となります。
- ・ 就業規則を作成する必要のない使用者は、提出する必要はありません。
- ・ ただし、当該事業所においては10人未満であるが、同一法人の他の事業所において就業規則を作成しており、その就業規則を当該事業所の職員にも適用する場合は、その就業規則を添付してください。

(14) 福祉用具専門相談員の資格証の写し

- ・ 資格証・修了証明書は、A4サイズにコピーして添付してください。
- ・ 結婚等により現在の姓と資格証の姓が異なる場合は、公的機関が発行する書類によ

り改姓したことを示す必要があります。具体的には、戸籍抄本、免許証の裏書き、年金手帳などのコピーを提出します。

**(15) ー I 申請法人の決算書**

- ・ 法人の直近の決算書類のコピーを提出します。通常は、貸借対照表と損益計算書があれば、細かな明細を添付する必要はありません。
- ・ 法人設立後まもなくであり、決算書類を作成していない場合は、通帳のコピーなど資産のわかるものを添付してください。

**(15) ー II 収支予算書（参考様式 5）（事業開始月から 2 年間の収支見込）**

- ・ 事業者は、事業所ごとに経理を区分し、指定福祉用具貸与（販売）の事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければなりません。（貸与と販売は一体でも可）
- ・ 事務室の共用をする場合など、原則、費用の按分をしてください。費用按分が困難な経費については、主たる事業に一括して計上することも認めます。

(16) 介護給付費算定に係る届出書 (様式A)

様式A

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日 ①

豊田市長様

所在地  
名称  
代表者の氏名  
電話番号  
FAX番号

印

このことについて、関係書類を添えて次のとおり届け出ます。

①	代表者の職・氏名	職名	フリガナ	氏名						
	代表者の住所	(郵便番号 - )								
②	フリガナ	フリガナ								
	事業所の名称	事業所の名称								
	事業所の所在地	(郵便番号 - )								
	連絡先	電話番号		FAX番号						
	管理者の氏名	管理者の氏名								
	管理者の住所	(郵便番号 - )								
届出を行う事業等	同一所在地において行う事業等の種類	指定(許可)年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目 (※変更の場合)					
		介護	予防	介護	予防	介護	予防	介護	予防	
	(介護予防)	訪問介護								
		訪問入浴介護								
		訪問看護								
		訪問リハビリテーション								
		居宅療養管理指導								
		通所介護								
		通所リハビリテーション								
		短期入所生活介護	③	④	⑤	⑥				
		短期入所療養介護								
		特定施設入居者生活介護								
		福祉用具貸与								
		特定福祉用具販売								
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護								
		夜間対応型訪問介護								
		認知症対応型通所介護								
		小規模多機能型居宅介護								
		認知症対応型共同生活介護								
		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									
	看護小規模多機能型居宅介護									
	居宅介護支援									
	施設									
	介護老人福祉施設									
	介護老人保健施設									
	介護療養型医療施設									
	介護予防支援									
	介護保険事業所番号	2 3								
	医療機関コード等									
特記事項		変	更	前	変	更	後			

備考

- 1 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所・施設について、「新規」「変更」「更新」の区分を記入してください。
- 2 「異動項目」欄には、変更の場合に別紙「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
- 3 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。



①届出者・印

- ・ 注意事項は、指定申請書の記入要領と同様です。
- ・ 郵便番号、電話番号など誤りがないよう、よく確認して記入してください。

②事業所の状況

- ・ 指定申請書類等と記載内容に違いがないよう確認してください。

③指定（許可）年月日

- ・ 同一所在地にて既に事業を実施している場合に、該当箇所に指定（許可）を受けた年月日を記入してください。

④ 動等の区分

- ・ 今回届出を行う事業所・施設について、「新規」「**変更**」「更新」の区分を記入してください。

⑤異動（予定）年月日

- ・ 申請書類を提出する日の属する月の翌々月の1日として記入してください。  
例：平成〇〇年5月中に受理の見込み → 平成〇〇年7月1日

⑥異動項目

- ・ 変更の場合に「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（様式 B）」に掲げる項目を記載してください。書ききれない場合は、「特記事項に記載」としていただいてもかまいません。

⑦特記事項

- ・ 異動の状況について具体的に記載してください。

(17) 介護給付費算定に係る一覧表(様式B) ※特定福祉用具販売のみの場合は不要

様式B

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス		施設等の区分	人員配置区分	その他該当する										* 計算定時の添付資料		割引【様式C】適用	
各サービス共通				地域区分	1 1級地	2 2級地	3 3級地	4 4級地	5 5級地	6 6級地	7 7級地	8 8級地	9 9級地	その他			
16 通所リハビリテーション	* 4 通常規模の事業所(病院・診療所) 5 通常規模の事業所(介護老人保健施設) 6 大規模の事業所(Ⅰ)(介護老人保健施設) 7 大規模の事業所(Ⅱ)(病院・診療所) 8 大規模の事業所(Ⅲ)(介護老人保健施設)			職員の欠員による減算の状況	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他			別紙7
				理学療法士等体制強化加算	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他			
				訪問延長サービス体制	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他			
				入浴介助体制	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他			
				入浴介助体制	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他			
				認知症初期集中ケアチーム実証加算	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他			
				認知症初期集中ケアチーム実証加算	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他			
				生活行為向上型認知症実証加算	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他			
				生活行為向上型認知症実証加算	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他			
				認知症対応型共同生活介護	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他			
				認知症対応型共同生活介護	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他			
				認知症対応型共同生活介護	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他			
				認知症対応型共同生活介護	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他			
				認知症対応型共同生活介護	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他			
				認知症対応型共同生活介護	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他			
				16 介護予防通所リハビリテーション	1 病院又は診療所 2 介護老人保健施設			職員の欠員による減算の状況	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	
理学療法士等体制強化加算	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり				5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
訪問延長サービス体制	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり				5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
入浴介助体制	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり				5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
入浴介助体制	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり				5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
認知症初期集中ケアチーム実証加算	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり				5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
認知症初期集中ケアチーム実証加算	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり				5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
生活行為向上型認知症実証加算	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり				5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
生活行為向上型認知症実証加算	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり				5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
認知症対応型共同生活介護	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり				5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
認知症対応型共同生活介護	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり				5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
認知症対応型共同生活介護	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり				5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
認知症対応型共同生活介護	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり				5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
認知症対応型共同生活介護	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり				5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
認知症対応型共同生活介護	1 あり	2 あり	3 あり	4 あり				5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
17 福祉用具貸与				特別地域加算				1 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他
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 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
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 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
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 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
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 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
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 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
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 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
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 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
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 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
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 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
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 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
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 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
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 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
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 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				
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 あり	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	その他				

※ 加算の根拠となるサービスの内容、体制が確保されていることが前提となります。

①地域区分

- 豊田市の事業所はすべて「4. 6級地」です。

②その他該当する体制等

- \*印の加算を算定する場合は、「福祉用具貸与各種加算体制等届出書(別紙11)」の該当部分を記入し、提出してください。

(17) 欠格事由に該当していない旨の誓約書

- サービスの質の向上と悪質な事業者の排除を目的として、平成18年4月の介護保険法改正及び平成25年4月施行の基準条例で、指定を行わない場合として、法人の役員等の欠格事由が規定されています。
- この欠格事由に該当する役員等がないことについて、「欠格事由に該当していない旨の誓約書(参考様式7-1 居宅サービス用)」を提出します。
- 介護予防事業を実施する場合は、「欠格事由に該当していない旨の誓約書(参考様式7-6 介護予防サービス用)」もあわせて提出してください。
- 役員等には、管理者を含みます。

(18) 役員名簿(参考様式8)

- 役員等の範囲は、当該法人の申請書類を提出する日現在の役員(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ない。)及び管理者です。役員が管理者となる場合の役職名は実態に合わせて「取締役兼管理者」等と記してください。

**役員**の範囲

「医療法人」・・・①理事、②監事

「社会福祉法人」・・・①理事、②監事

「特定非営利活動法人」・・・①理事、②監事

「合同会社」(有限責任社員のみで構成)・・・①全社員

「合名会社」(無限責任社員のみで構成)・・・①全社員

「合資会社」(有限責任社員と無限責任社員とで構成)・・・①全社員

「株式会社」・・・①取締役(社外取締役)、②執行役、③監査役(社外監査役)、④会計  
参与

様式第8

役員名簿

( 1枚中の1 )

(フリガナ) 氏名	生年月日 (和暦)	性別	役職名	(郵便番号) 住所
アイチ ハナコ 愛知 花子	昭 35. 04. 01	女	代表取締役 兼管理者	( 460 - 0000 ) 名古屋市中区〇〇〇×丁目◆番地
ヤマダ ハナコ 山田 花子	昭 32. 01. 02	女	取締役	( 465 - 0000 ) 小牧市〇〇一丁目〇番〇号
タナカ タロウ 田中 太郎	昭 45. 01. 02	男	監査役	( 484 - 0000 ) 犬山市〇〇大字〇〇字〇〇
				( - )