様式１

**従業者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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 営業時間 |  |  | サービス提供時間 |  |  | 単位区分 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 勤務  形態 |  | 第１週 | | | | | | | 第２週 | | | | | | | 第３週 | | | | | | | 第４週 | | | | | | | ４週の  合計 | 常勤換  算後の  人数 | 他の事業所  等との兼務  の状況 |
| 氏　名 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| ※曜日を記入→ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （記入例） | | | ① | ① | ③ | ② | ④ | ① | ④ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 管理者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考 １　通所型サービスで複数単位の場合は、「単位区分」欄に単位番号を記入し、単位ごとに勤務表を作成してください。

２　「職種」欄には、下記の職種を記入してください。兼務の職種がある場合は、「管理者兼サービス提供責任者」等、兼務状況がわかるように記入してください。

訪問型サービス　→　・管理者　　・サービス提供責任者（訪問事業責任者）　　・訪問介護員　　・従事者

通所型サービス　→　・管理者　　・生活相談員　　・看護職員　　・介護職員　　・機能訓練指導員　　・従事者

３　「勤務形態」欄には、「Ａ：常勤で専従」「Ｂ：常勤で兼務」「Ｃ：非常勤で専従」「Ｄ：非常勤で兼務」のいずれかを記入してください。

４　従業者全員（管理者を含む。）の勤務すべき時間数を、指定予定日、指定更新日又は変更日から４週間分記入してください。また、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、その番号を記入してください。

（記入例－勤務時間　①8:30～17:30（8H） ②8:30～12:30（4H） ③12:00～17:30（5.5H） ④9:00～17:00（7H） ⑤13:00～16:00（3H） ⑥12:30～17:30（5H） 空欄：休日）

５　「常勤換算後の人数」欄には、常勤換算が必要な職種（訪問介護員）のＡ～Ｄの勤務時間数をすべて足し、常勤の従業者が勤務すべき時間数で割って算出してください。

６　「他の事業所等との兼務の状況」欄には、各従業者が他の介護保険事業所、有料老人ホーム、病院・診療所等と兼務している場合に、当該勤務先を記入してください。

７　**基準訪問型サービス**については、**『様式１（別紙）サービス提供責任者の配置数の確認用数値』を記入し添付**してください。

様式１（別紙）

**サービス提供責任者の配置数の確認用数値**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **常勤の者が勤務すべき時間数（１週間あたり）** |  | 時間 |

実利用者数（更新月、変更月の前３月の実利用者数を記入すること）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | | 月 | | 月 | |
| 訪問介護 | 人 | 訪問介護 | 人 | 訪問介護 | 人 |
| 介護予防訪問介護 | 人 | 介護予防訪問介護 | 人 | 介護予防訪問介護 | 人 |
| 基準訪問型サービス | 人 | 基準訪問型サービス | 人 | 基準訪問型サービス | 人 |
| 計 | 人 | 計 | 人 | 計 | 人 |
|  | | | | 総　　計 | 人 |

※　新規に指定を受ける場合は、記入する必要はありません。ただし、**「平均（総計÷３月）」欄に１月当たりの推定数を記入**してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 平均（総計÷３月） | 人 |  | **必要なサービス提供責任者の数** | 人 |

様式２

**管理者経歴書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所・施設の名称 | | |  | | | | | | |
| フリガナ |  | | | 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 氏名 |  | | |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　） | | | | | 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」欄を適宣拡張して、その全てを記入してください。

様式３

**サービス提供責任者・訪問事業責任者　経歴書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所・施設の名称 | | |  | | | | | | |
| フリガナ |  | | | 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 氏名 |  | | |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　） | | | | | 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、自宅のものを記入してください。

２　サービス提供事業責任者の要件は、介護福祉士、実務者研修修了者、３年以上介護等の業務に従事した介護職員初任者研修等修了者です。

３　訪問事業責任者の要件は、介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者又は一定の研修受講者です。

様式４

**平面図**

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

**（記入例）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 展示コーナー | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 調理室  30㎡ | | | 談話室  20㎡ | | 相談室  20㎡ | | 診察室・調剤室  40㎡ | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 玄関ホール | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 機能訓練室（食堂兼用）  100㎡ | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 浴室  70㎡ | | |  |  | 便所  20㎡ | |  |  | 事務室  30㎡ | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考 １　各室の用途及び面積を記入してください。

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。

様式５

**備品・設備等に係る一覧表**

サービス種類　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

事業所名・施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 部屋・設備の種類 | 内　　　　　　容 |
| サービス提供上配慮すべき設備の概要 |  |
| 各施設（室）ごとに設置されている設備・備品等 |  |
| 非常災害設備等 |  |
| その他の設備 |  |

備考 必要に応じて写真等を添付し、その旨を併せて記入してください。

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入してください。

様式７

**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**

令和　　年　　月　　日

日 田 市 長　様

所在地

申請者 名　称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

住　所

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

記

|  |
| --- |
| （介護保険法第１１５条の４５の５第２項）  ２　市町村長は、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。  【介護保険法第第１１５条の４５の５第２項の厚生労働省令で定める基準】  （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  二　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（前号に掲げるものを除く。） |

様式８

**役員・管理者名簿**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏名 | 生年月日 | 住所 | 押印 |
| 役職名 | TEL FAX |
|  |  |  |  |
|  | TEL FAX |
|  |  |  |  |
|  | TEL FAX |
|  |  |  |  |
|  | TEL FAX |
|  |  |  |  |
|  | TEL FAX |
|  |  |  |  |
|  | TEL FAX |
|  |  |  |  |
|  | TEL FAX |
|  |  |  |  |
|  | TEL FAX |
|  |  |  |  |
|  | TEL FAX |
|  |  |  |  |
|  | TEL FAX |
|  |  |  |  |
|  | TEL FAX |

備考　当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役員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、執行役員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。

様式９

**誓約書**

令和　　年　　月　　日

日 田 市 長　 様

所在地

申請者 名称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

住所

私（申請者）は、下記の事項について誓約します。

なお、市が必要な場合には、警察に照会することについて承諾し、照会で確認された情報は、今後、日田市が行う介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者の指定に利用することに同意します。

記

１　私（申請者）又は申請法人の役員等は、次の各号のいずれにも該当しません。

（１） 暴力団（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２号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）

（２） 暴力団員（同法第２条第６号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）

（３） 暴力団員が役員となっている事業者

（４） 暴力団員であることを知りながら、その者を雇用・使用している者

（５） 暴力団員であることを知りながら、その者と食材等の購入契約等を締結している者

（６） 暴力団又は暴力団員に経済上の利益又は便宜を供与している者

（７） 暴力団又は暴力団員と社会通念上ふさわしくない交際を有するなど社会的に非難される関係を有している者

（８） 暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれらを利用している者

２　１の（１）から（８）までに掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体又は個人ではありません。

※ 市では、日田市介護予防・日常生活支援総合事業の指定並びに人員・設備及び運営に関する基準等を定める要綱等に基づき、サービス事業者から暴力団関係者を排除するため、申請者に暴力団等でない旨の誓約をお願いしています。