

(別紙1)

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

年 月 日

白川町長様

申請者 所在地

名称

代表者名

印

申請者及び役員等が、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】

法百十五条の四十五の五第二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(平成二十七年厚生労働省令第四号)附則第二条第三号若しくは第四条第三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(平成十八年厚生労働省令第三十五号。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(平成十八年厚生労働省令第三十七号。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 平成二十六年改正前法第五十四条第一項第三号又は法第五十九条第一項第二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、平成二十六年改正前法第五十四条第一項第三号又は法第五十九条第一項第二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(前号に掲げるものを除く。)

役員等名簿(申請者が法人)

以下の者は、介護保険法に規定する事業者の指定の欠格事由に該当しないことを誓約します。

(ふりがな) 氏名	生年月日	住所	
	役職名・呼称	TEL	FAX

- 備考
- 1 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。)又はその事業所を管理する者その他申請者の使用人であつて、申請者の事業所又は申請者が開設した施設を管理する者について記載してください。
  - 2 事業所等の所在地ではなく自宅の住所を記載してください。
  - 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

(別紙2)

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

平成 年 月 日

白川町長 様

所在地  
名称  
代表者職氏名

印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー ) 県 都市				
	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・氏名	職名	氏名			
	代表者の住所	(郵便番号 ー ) 県 都市				
事業所・施設の状況	主たる事業所・施設の名称					
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー ) 岐阜県 都市				
	連絡先	電話番号	FAX番号			
		メールアドレス	(携帯メールは不可)			
	主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地	(郵便番号 ー ) 岐阜県 都市				
	連絡先	電話番号	FAX番号			
届出を行う事業所・施設の種類の種類	管理者の氏名					
	管理者の住所	(郵便番号 ー ) 県 都市				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	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)
	指定居宅サービス			1新規 2変更 3終了		
	訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)			1新規 2変更 3終了		
通所介護相当サービス			1新規 2変更 3終了			
通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)			1新規 2変更 3終了			
介護保険事業所番号	2	1				
医療機関コード等						
特記事項	変更前			変更後		
関係書類	別添のとおり					

- 備考1 「事業所所在地市町村番号」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」欄は、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、該当する欄に「○」を記入してください。  
 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。  
 6 「異動項目」欄には、(別紙1-2)「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」に掲げる項目を記載してください。  
 7 「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。  
 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

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

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									
A2 訪問型サービス(独自) (訪問介護相当サービス)			サービス提供責任者体制の減算	1	なし	2	あり				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
A2 訪問型サービス(独自) (訪問型サービスA 緩和した基準によるサービス)			サービス提供責任者体制の減算	1	なし	2	あり				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
A6 通所型サービス(独自) (通所介護相当サービス)			職員の欠員による減算の状況	1	なし	2	看護職員	3	介護職員			1	なし	2	あり				
			若年性認知症利用者受入加算	1	なし	2	あり												
			生活機能向上グループ活動加算	1	なし	2	あり												
			運動器機能向上体制	1	なし	2	あり												
			栄養改善体制	1	なし	2	あり												
			口腔機能向上体制	1	なし	2	あり												
			選択的サービス複数実施加算	1	なし	2	あり												
			事業所評価加算〔申出〕の有無	1	なし	2	あり												
			サービス提供体制強化加算	1	なし	4	加算Ⅰイ	2	加算Ⅰロ	3	加算Ⅱ								
			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
			A6 通所型サービス(独自) (通所型サービスA 緩和した基準によるサービス)			職員の欠員による減算の状況	1	なし	2	看護職員	3					介護職員			1
若年性認知症利用者受入加算	1	なし				2	あり												
生活機能向上グループ活動加算	1	なし				2	あり												
運動器機能向上体制	1	なし				2	あり												
栄養改善体制	1	なし				2	あり												
口腔機能向上体制	1	なし				2	あり												
選択的サービス複数実施加算	1	なし				2	あり												
事業所評価加算〔申出〕の有無	1	なし				2	あり												
サービス提供体制強化加算	1	なし				4	加算Ⅰイ	2	加算Ⅰロ	3	加算Ⅱ								
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				

(別紙 3-2)

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（主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の状況）

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	該当する体制等	割引
A2 訪問型サービス（独自） （訪問介護相当サービス）			サービス提供責任者体制の減算	1 なし 2 あり	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	
A2 訪問型サービス A（独自） （緩和した基準によるサービス）			サービス提供責任者体制の減算	1 なし 2 あり	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	
A6 通所型サービス（独自） （通所介護相当サービス）			職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 看護職員 3 介護職員	1 なし 2 あり
			若年性認知症利用者受入加算	1 なし 2 あり	
			生活機能向上グループ活動加算	1 なし 2 あり	
			運動器機能向上体制	1 なし 2 あり	
			栄養改善体制	1 なし 2 あり	
			口腔機能向上体制	1 なし 2 あり	
			選択的サービス複数実施加算	1 なし 2 あり	
			事業所評価加算〔申出〕の有無	1 なし 2 あり	
			サービス提供体制強化加算	1 なし 4 加算Ⅰイ 2 加算Ⅰロ 3 加算Ⅱ	
			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	
			A6 通所型サービス A（独自） （緩和した基準によるサービス）		
若年性認知症利用者受入加算	1 なし 2 あり				
生活機能向上グループ活動加算	1 なし 2 あり				
運動器機能向上体制	1 なし 2 あり				
栄養改善体制	1 なし 2 あり				
口腔機能向上体制	1 なし 2 あり				
選択的サービス複数実施加算	1 なし 2 あり				
事業所評価加算〔申出〕の有無	1 なし 2 あり				
サービス提供体制強化加算	1 なし 4 加算Ⅰイ 2 加算Ⅰロ 3 加算Ⅱ				
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				

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

サービス提供体制強化加算に関する届出書  
(通所型サービス)

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 施設種別	通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)
4 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(I)イ      2 サービス提供体制強化加算(I)ロ 3 サービス提供体制強化加算(II)      4 サービス提供体制強化加算(III)

5 介護福祉士等の状況	<table border="1"><tr><td>①</td><td>介護職員の総数 (常勤換算)</td><td>人</td></tr><tr><td>②</td><td>①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)</td><td>人</td></tr></table>	①	介護職員の総数 (常勤換算)	人	②	①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人	
	①	介護職員の総数 (常勤換算)	人					
	②	①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人					
→ ①に占める②の割合が50%以上		有・無						
→ ①に占める②の割合が40%以上		有・無						

6 勤続年数の状況	<table border="1"><tr><td>①</td><td>サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)</td><td>人</td></tr><tr><td>②</td><td>①のうち勤続年数3年以上の者の総数 (常勤換算)</td><td>人</td></tr></table>	①	サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)	人	②	①のうち勤続年数3年以上の者の総数 (常勤換算)	人	
	①	サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)	人					
	②	①のうち勤続年数3年以上の者の総数 (常勤換算)	人					
→ ①に占める②の割合が30%以上		有・無						

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

サービス提供責任者体制の減算に関する届出書

1 事業所名	
2 異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了

3 平成27年3月31日時点で、現に配置している介護職員初任者研修修了者のサービス提供責任者	氏名	氏名

4 当該訪問介護事業所以外の指定訪問介護事業所であって、当該訪問介護事業所に対して指定訪問介護の提供に係る支援を行うものとの密接な連携の下に運営される指定訪問介護事業所（いわゆる「サテライト事業所」）となること又はなることが計画されている。	有 ・ 無
移行予定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (実施予定年月日は平成30年3月31日までの間のいずれかの日)	