

介護保険事業者 指定等に関する手引き

令和8年6月

郡山市 保健福祉部 介護保険課

目 次

第1部 指定申請の概要

- 1 指定申請の流れ P 2
- 2 介護サービス情報公表システムにおける情報掲載等について . . . P 3
- 3 指定要件等 P 3
- 4 申請様式等について P 5
- 5 指定申請書類の提出・問い合わせ先 P 5

第2部 指定申請書類の内容

- 1 指定申請に係る提出書類一覧 P 7
- 2 指定申請書 P 8
- 3 付表 P 10
 - 参考 従業者の勤務時間等の考え方 P 11
- 4 添付書類 P 13

第3部 指定後の届出等事項

- 1 業務管理体制に関する届出 P 22
- 2 介護給付費算定に係る届出書 P 23
- 3 変更届 P 26
- 4 廃止届・休止届・再開届 P 28
- 5 更新申請 P 28

第4部 指定の特例

- 1 みなし指定 P 32

第5部 申請書類等の提出方法・問い合わせ先

- 1 各種申請・届出書類の提出方法等 P 35

第1部 指定申請の概要

1 指定申請の流れ

実施項目	期 日	説 明
事前相談 ↓ 申請準備 ↓ 申請書類 の作成 ↓	<u>随時受付</u> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>※必ず事前に電話連絡の上、担当者と面談日時を予約し、事前相談票を持参して来所ください。</p> </div> <p>※連絡先はP5を確認してください</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護保険事業者の指定を受けるためには、申請者の要件（法人格の取得、事業目的の明確化等）のほか、サービスの種類ごとに市条例等で定める人員や設備、運営に関する基準等を満たしていなければなりません。 ○ 指定申請に当たっては、事前に必要な手続きや人員の手配、設備面の整備、申請書類の作成など、様々な準備を行う必要があります。 ○ 申請内容の説明や相談は随時、受け付けていますので、早い段階からご連絡ください。 ○ 通所介護（地域密着型を含む）、通所リハビリテーション、短期入所生活介護の指定を受ける場合は事前に図面協議が必要になります。 <u>※ 指定後、事業所移転等により指定時と施設が変更となる場合は、変更届の提出の前に改めて事前に図面協議が必要となりますのでご注意ください。</u>
申請書類 の提出 ↓	指定を受ける予定月の前々月の最終開庁日まで ※提出先はP5を確認してください	<ul style="list-style-type: none"> ○ 指定申請書類は、<u>指定を受けようとする月の前々月の最終開庁日までに提出</u>してください。（例：5月1日に指定を希望する場合は、3月31日までに指定申請書類を提出してください。3月31日が土曜日の場合は、3月30日金曜日までに提出してください。） ○ 書類は1部（正本のみ）提出してください。 ○ 指定申請は、同一法人であっても、<u>事業所（施設）ごと</u>に行う必要があります。 ○ 申請者控えとして、<u>申請書類一式の写しを必ず保管</u>してください。
審 査 現地確認 ↓	指定を受ける予定月の前月	<ul style="list-style-type: none"> ○ 申請内容が指定基準等に適合しているか確認するため、<u>書類審査</u>を行います。 ○ サービス利用者が施設を利用する入所・通所系サービスは<u>現地確認</u>を行います。 その他居宅サービスにおいても現地確認を行う場合があります。
指 定 ↓	<u>毎月1日</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>毎月1日付けで指定</u>します。 ○ 指定時に指令書を送付します。 ○ <u>指定の有効期間は6年間</u>です。有効期間を終了する前に、<u>更新申請が必要</u>となります。
↓ 公 表 情報提供	指定後	<ul style="list-style-type: none"> ○ 事業所の情報を市ウェブサイトに掲載している<介護サービス事業所一覧>に追加し公表します。 ○ 福島県介護保険事業者台帳へ事業者情報を登録し、福島県及び福島県国民健康保険団体連合会へ情報提供します。

【居宅介護支援事業者が介護予防支援の指定申請をする場合】

令和6年4月より、指定居宅介護支援事業者が介護予防支援の指定を受けることができます。当該サービスのみ指定申請スケジュールを別途設定しています。（前述のように毎月の指定は行っていません。）詳細は市ウェブサイトをご覧ください。

・市ウェブサイト：<https://www.city.koriyama.lg.jp/soshiki/68/118283.html>

2 介護サービス情報公表システムにおける情報掲載等について

介護保険事業者の事業所（施設）ごとの詳細情報等を掲載するなど、介護保険事業者や利用者の利便性を高めるため、厚生労働省により「介護サービス情報公表システム」（<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp>）が運用されています。

新規指定を受けた後、システム登録のお知らせが福島県高齢福祉課から送付されますので、ご登録をお願いします。

お問い合わせ先 福島県保健福祉部高齢福祉課 024-521-7745・7746

3 指定要件等

(1) 指定の要件

介護保険法上の指定事業者となるためには、事業所（施設）がサービスの種類ごとに以下の要件を満たしている必要があります。

① 申請者が「法人」であり、定款等で当該事業実施が明確であること。

※ ただし、個人による経営が認められている病院、診療所、薬局の場合は法人格不要。

② 「人員基準」を満たしていること。

③ 「設備・運営の基準」に従って、適正な事業運営ができること。

④ 申請者やその役員等が、介護保険法上の欠格事由に該当しない者であること。

指定申請に当たっては、上記要件を満たしていることが分かる書類等を提出し、これらについて市の書類審査及び現地確認等を受けることとなります。

各サービスの指定基準

介護サービス	指定基準条例
居宅サービス	郡山市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等を定める条例（平成24年郡山市条例第75号）
介護老人福祉施設	郡山市指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成24年郡山市条例第77号）
介護老人保健施設	郡山市介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準等を定める条例（平成24年郡山市条例第78号）

介護医療院	郡山市介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例（平成 30 年郡山市条例第 31 号）
介護予防サービス	郡山市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等を定める条例（平成 24 年郡山市条例第 79 号）
地域密着型サービス	郡山市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成 24 年郡山市条例第 76 条）
地域密着型介護予防サービス	郡山市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービス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等を定める条例（平成 24 年郡山市条例第 80 号）
居宅介護支援	郡山市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例（平成 26 年郡山市条例第 52 号）
介護予防支援	郡山市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等を定める条例（平成 26 年郡山市条例第 53 号）

条例は市ウェブサイトで確認できます。また、上記条例の基となる国が定めた基準については、厚生労働省のウェブサイトで確認できます。

- 郡山市例規集：<https://www.city.koriyama.lg.jp/soshiki/1/1864.html>
- 厚生労働省法令等データベースサービス：<https://www.mhlw.go.jp/hourei/>

(2) 指定の単位

事業所（施設）の指定は、「事業所（施設）」を単位に、原則としてサービス提供の拠点ごとに行われます。

例外として、当該事業所の所在地以外の場所にあり、当該事業所の一部として使用される事務所や施設（「サテライト事業所」という。以下同じ）については、一体的なサービス提供の単位として当該事業所に含めて指定を受けることができます。

(3) 指定の特例

○みなし指定

事業者指定の特例として指定があったものとみなされる場合があります。この場合、当該サービスに係る指定申請は必要ありませんが、介護給付費算定に当たっては、体制届の提出が必要となります。詳しくは、P 23（介護給付費算定に係る届出書）及び P 32（みなし指定）をご覧ください。

4 申請様式等について

申請に必要な様式等については、市ウェブサイトに掲載していますのでダウンロードして使用してください。

- ・介護保険事業者各種申請関係様式：<https://www.city.koriyama.lg.jp/soshiki/68/2198.html>
- ・地域密着型サービス事業者の申請・届出：<https://www.city.koriyama.lg.jp/soshiki/68/2200.html>

5 指定申請書類の提出・問い合わせ先

- (1)居宅サービス、介護保険施設、地域密着型サービス、居宅介護支援等（介護予防サービスを含む）に関すること

郡山市保健福祉部介護保険課管理係
〒963-8601 郡山市朝日一丁目23番7号
電話：024-924-3021

- (2)介護予防・日常生活支援総合事業に関すること

郡山市保健福祉部地域包括ケア推進課介護予防マネジメント係
〒963-8601 郡山市朝日一丁目23番7号
電話：024-924-3561

第2部 指定申請書類の内容

1 指定申請に係る提出書類一覧

○ 指定申請は、①指定申請書 ②付表 ③添付書類の提出が必要です。③添付書類は、市ウェブサイトに掲載している「添付書類一覧」で指定を受けようとするサービスをご確認の上、作成してください。

【指定申請に係る添付書類一覧】

(居宅サービス・施設)

(参考)添付書類一覧(指定申請時)

事業所の指定(許可)申請を行う際は、指定(許可)申請書のほか次の書類を添付してください。

番 号	添 付 す べ き 書 類	訪問 介護 ①	訪問 入浴 (予防) ②	訪問 看護 (予防) ③	訪問 リハ (予防) ④	居宅 介護 (予防) ⑤	通所 介護 ⑥	通所 リハ (予防) ⑦	短期 生活 (予防) ⑧	短期 介護 (予防) ⑨	特定 施設 (予防) ⑩	用具 貸与 (予防) ⑪	用具 販売 (予防) ⑫	福祉 施設 ⑬	老健 施設 ⑭	介護 医療院 ⑮	参考様式
		申請書付表	付表1	付表2	付表3	付表4	付表5	付表6	付表7	付表8	付表9	付表10	付表11	付表12	付表13	付表14	
1	病院・診療所の使用許可証等の写			△	△	△		△		△							
2	薬局の開設許可証の写					△											
3	介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可証の写							△		△							
4	特別養護老人ホームの認可証等の写													○			
5	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	標準様式1
6	訪問看護ステーション管理者の免許証の写			▲													
7	サービス提供責任者の経歴	※															
8	従業者の資格を証する書類(経歴書等含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
9	位置図	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
10	平面図 注:各室の用途及び内法面積の記載があるもの。複数枚に分けることも可	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	☆○	○	○	標準様式3
11	事業所の写真	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
12	設備・備品等一覧表		○				○	○	○	○	○	○	○	☆○	○	○	標準様式4
13	併設する施設の概要													○	○	○	
14	施設を共用する場合の利用計画													☆	○	○	
15	施設の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図(公図)														○	○	
16	運営規程	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
17	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
18	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約内容	○	○											○	○	○	標準様式5
19	福祉用具の保管及び消毒の方法(他に委託する場合はその状況)											○					
20	委託居宅サービス事業者が事業を行う事業所の名称並びに当該事業者の名称等										○						標準様式8
21	誓約書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	標準様式6
22	代表者及び管理者名簿	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
23	介護支援専門員の氏名及びその登録番号										○			○	○	○	標準様式7
24	事業所(施設)の検査済証の写し										○						
25	消防用設備等検査済証、防火対象物使用開始届出書の写し										○						
26	社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
27	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
28	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
29	介護給付費算定に係る体制等届出に関する添付書類チェックリスト及び添付書類	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
30	開設許可手数料																
31	管理者承認申請書																
32	診療用エックス線装置備付届書の写し																
33	条例等	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	

登記事項証明書は添付省略可となりました。

(地域密着型サービス・居宅介護支援・介護予防支援)

(参考)添付書類一覧(指定申請時)

事業所の指定(許可)申請を行う際は、指定(許可)申請書のほか次の書類を添付してください。

番 号	添 付 す べ き 書 類	視 対 応 型 訪 問 介 護	認 知 症 対 応 型 通 所 介 護 (介護予防)	小 規 模 多 機 能 型 居 宅 介 護 (介護予防)	認 知 症 対 応 型 共 同 生 活 介 護 (介護予防)	地 域 密 着 型 特 定 地 区 入 居 者 生 活 介 護	地 域 密 着 型 介 護 老 人 福 祉 施 設 入 居 者 生 活 介 護	定 期 回 遊 ・ 随 時 対 応 型 訪 問 介 護 管 理	複 合 型 サ ー ビ ス	地 域 密 着 型 通 所 介 護	居 宅 介 護 支 援 / 介 護 予 防 支 援	参考様式
		申請書付表	付表1	付表2	付表3	付表4	付表5	付表6	付表7	付表8	付表9	
1	特別養護老人ホームの認可証等の写							○				
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	標準様式1
3	管理者の経歴			○	○	○	○	○	○	○	☆○	標準様式2
4	従業者の資格を証する書類(経歴書等含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
5	位置図	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
6	平面図 注:各室の用途及び内法面積の記載があるもの。複数枚に分けることも可	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	標準様式3
7	事業所の写真										○	
8	設備等一覧表	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	標準様式4
9	本体施設の概要、本体施設との間の移動経路、方法及び移動時間											
10	併設する施設の概要											
11	運営規程	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
12	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	標準様式5
13	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約内容											
14	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連絡体制及び支援の体制の概要											
15	関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容										○	
16	誓約書(介護保険法第78条の2第4項各号に該当しないことを誓約する書面)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	標準様式6
17	代表者及び管理者名簿	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
18	介護支援専門員の氏名及びその登録番号										○	標準様式7
19	事業所(施設)の検査済証の写し											
20	消防用設備等検査済証、防火対象物使用開始届出書の写し											
21	社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
22	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
23	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
24	介護給付費算定に係る体制等届出に関する添付書類チェックリスト及び添付書類	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
25	条例等	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	

登記事項証明書は添付省略可となりました。

2 指定申請書

地域密着型（介護予防）サービスとその他のサービスとで様式が異なります。

下記事項に留意するとともに、次頁の記入例を参考にしてください。

記入項目		記入上の留意事項
欄外	年月日	・指定申請書の提出年月日を記入する。
	申請者	・法人の住所、名称、代表者の職・氏名を記入する。 ・申請者名の記入内容は登記内容と一致していること。
「申請者」欄	名称	・申請者の名称を記入する。
	主たる事務所の所在地、連絡先	・法人の郵便番号、住所、電話番号、FAX 番号、Email アドレスを記入する。
	法人等の種類	・申請者が法人である場合、「社会福祉法人、医療法人、社団法人、財団法人、営利法人」等の種別を記入する。
	代表者の職名、氏名、生年月日	・法人代表者の職名（理事長、代表取締役、代表社員等）、氏名及び生年月日を記入する。
	代表者住所	・法人代表者個人の郵便番号及び住所を記入する。
「指定（許可）を受けようとする事業所・施設の種類の欄	同一所在地において行う事業等の種類	・「指定申請対象事業等」欄に当該申請に係るサービスの種類に○をつけ、「指定申請をする事業等の開始予定年月日」欄に、当該サービスの事業開始予定年月日（＝指定予定年月日）を記入する。 ・同一敷地内において、既に指定を受けている他のサービスの事業がある場合は、「既に指定を受けている事業所等」欄の当該サービスの種類に○をつける。
介護保険事業所番号	・同一の敷地で既に指定を受けている場合に記入する。	
医療機関等コード	・保険医療機関において指定居宅サービスを実施する場合、当該病院や診療所等に付与されている保険医療機関コードを記入する。	

【指定（許可）申請書】※地域密着型サービス等は様式が異なります。

別紙様式第一号(一)

指定居宅サービス事業所
介護保険施設
指定介護予防サービス事業所

記入例

指定(許可)申請書

令和〇年 〇月 〇日

郡山市長 所在地 福島県郡山市朝日一丁目〇番〇号

申請者 名称 株式会社〇〇

代表者職名・氏名 代表取締役 〇〇 〇〇

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。

法人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

フリガナ	カブシキカイシャ〇〇					
名称	株式会社〇〇					
主たる事務所の所在地	(郵便番号 963 - 0000)	市区町	朝日一丁目〇番〇号			
	福島 都道 郡山 府県					
連絡先	電話番号 024-〇〇〇-〇〇〇〇 (内線)	FAX番号	024-〇〇〇-〇〇〇〇			
	Email	〇〇〇@〇〇〇〇〇.jp				
法人等の種類	営利法人					
代表者(開設者)の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ 〇〇 〇〇 氏名 〇〇 〇〇			
			生年月日 昭和〇年〇月〇日			
代表者(開設者)の住所	(郵便番号 963 - 0000)	市区町	桑野二丁目〇番〇号			
	福島 都道 郡山 府県					
法人の吸収合併又は吸収分割における指定(許可)申請時に <input checked="" type="checkbox"/>						
指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類の種類	同一所在地において行う事業等の種類	共生型サービス申請時に <input type="checkbox"/>	指定(許可)申請対象事業等(該当事業に〇)	既に指定(許可)を受けている事業等(該当事業に〇)	指定(許可)申請を予定する事業等の開始予定年月日	様式
	訪問介護	<input type="checkbox"/>	〇	〇	令和〇年〇月〇日	付表第一号(一)
	訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>		〇		付表第一号(二)
	訪問看護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(三)
	訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>				付表第一号(四)
	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>				付表第一号(五)
	通所介護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(六)
	通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>				付表第一号(七)
	短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(八)(九)(十)
	短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十一)
	特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十二)
	福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十三)
	特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十四)
	介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十五)
	介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十六)
	介護医療院	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十七)
	介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>			〇	付表第一号(二)
	介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(三)
	介護予防訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>				付表第一号(四)
	介護予防居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>				付表第一号(五)
介護予防通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>				付表第一号(七)	
介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(八)(九)(十)	
介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十一)	
介護予防特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十二)	
介護予防福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十三)	
特定介護予防福祉用具販売	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十四)	
介護保険事業所番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 (既に指定又は許可を受けている場合)					
医療機関コード等	(保険医療機関として指定を受けている場合)					

3 付表

- サービス種類ごとに「付表」の様式が異なります。
- 付表に記入している内容が、添付書類の内容と相違しないように注意してください。
- 記入事項における「従業員の常勤換算、勤務形態（常勤、非常勤、専従、兼務）」については、次項の **参考** を参照してください。

【付表】

付表第一号(一) 訪問介護事業所の指定等に係る記載事項					
事業所	法人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
	フリガナ	〇〇ホウモンカイゴジギョウシヨ			
	名称	〇〇訪問介護事業所			
	所在地	(郵便番号 963 - 0000) 福島 都道 市区 府県 郡山 町村 並木三丁目〇番〇号			
	連絡先	電話番号	024-〇〇〇-〇〇〇〇 (内線)	FAX番号	024-〇〇〇-〇〇〇〇
	Email	〇〇〇@〇〇〇〇〇.jp			
管理者	フリガナ	〇〇 〇〇	住所	(郵便番号 963 - 0000)	
	氏名	〇〇 〇〇		福島県郡山市豊田町〇番〇号	
	生年月日	昭和〇年〇月〇日			
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)			訪問介護員	
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地			
	兼務先のサービス種別、兼務する職種 及び勤務時間等				
共生型サービスの該当有無			<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種・員数		訪問介護員等			
		専従	兼務		
常勤(人)		5	1		
非常勤(人)		1			
常勤換算後の人数(人)		5.5			
利用者の推定数(人)		40			
サービス提供 責任者	フリガナ	〇〇 〇〇	住所	(郵便番号 963 - 0000)	
	氏名	〇〇 〇〇		福島県郡山市〇〇町～	
	生年月日	昭和〇年〇月〇日			
	フリガナ	〇〇 〇〇	住所	(郵便番号 963 - 0000)	
	氏名	〇〇 〇〇		福島県郡山市〇〇町～	
	生年月日	昭和〇年〇月〇日			
添付書類	別添のとおり				
(訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)					
事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村			
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号	
		Email			
備考	1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。 3 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。				

参考：従業員の勤務時間等の考え方

○ 従業員の勤務形態を定めるにあたっては、労働基準法の規定を遵守してください。

(1) 労働基準法上の勤務時間等

区 分	内 容
労働時間	原則として1日8時間、1週間に40時間以内
休憩	6時間を超える場合は45分以上、8時間を超える場合は1時間以上の休憩
休日	少なくとも毎週1日か、4週間を通じて4日以上の日
時間外労働 (36協定)	労使協定により定められた時間外・休日労働協定を行政官庁に届出ることにより時間外労働及び休日労働が可能
変形労働時間制	労使協定又は就業規則等に定める場合、一定期間を平均し、1週間当たりの労働時間が法定の労働時間を超えない範囲内において法定労働時間を超えての労働が可能 一定期間の単位は1週間、1ヵ月、1年
年次有給休暇	6ヵ月間継続勤務し、当該期間の全労働日の8割以上を出勤した場合は、10日付与 6ヵ月の継続勤務以降は1年ごとに1日ずつ、2年6ヵ月以降は2日ずつ追加付与（最高20日）

上記のお問い合わせ先：郡山労働基準監督署 024-922-1370

○ 従業員の常勤換算、勤務形態及び就労形態については次の各表を参考にしてください。

(2) 従業員の常勤換算

常勤換算	常勤の従業員の勤務延時間数 / 常勤の従業員が勤務すべき時間数
	<p>事業所の従業員の勤務延時間数を、当該事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数（＝週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、当該事業所の従業員の員数を、常勤の従業員の員数に換算する方法。</p> <p>○算出例：常勤の従業員が勤務すべき時間数＝週40時間の事業所において、</p> <p>→ ① 週40H勤務1名のみ事業所の場合 = $40H/40H =$ 常勤換算 1</p> <p>→ ② 週40H勤務1名＋週30H勤務1名（計2名）の事業所の場合 = $(40H+30H)/40H =$ 常勤換算 1.75</p>

(3) 従業者の勤務形態

	定 義	該当例
常勤	事業所における勤務時間が、当該事業所の常勤の従業者が勤務すべき時間数（＝週 32 時間を下回る場合は 32 時間を基本とする）に達していること。	○常勤者週 40H 勤務の事業所で、週 40H 勤務の者。
非常勤	事業所における勤務時間が、当該事業所の常勤の従業者が勤務すべき時間数（＝週 32 時間を下回る場合は 32 時間を基本とする）に達していないこと。	○常勤者週 40H 勤務の事業所で、週 20H 勤務の者。
専従	「専らその職務に従事する」 事業所の従業者（常勤・非常勤の別を問わない）が、当該事業所における勤務時間帯を通じて、当該サービス以外の業務に従事しないこと。	○週 40H 勤務の者が、その勤務時間中、当該サービスの業務にのみ従事する場合。
兼務	事業所の従業者（常勤・非常勤の別を問わない）が、当該事業所における勤務時間帯を通じて、当該サービスと併せて他の業務にも従事していること。	○週 40H 勤務の者が、その勤務時間中、当該サービスと併せて他の業務にも従事する場合。

【就労形態のパターン】

	専 従	兼 務
常勤	常勤専従 常勤で勤務している者が、当該事業所における勤務時間帯を通じて、当該サービス以外の業務に従事しないこと。 ○例：常勤者週 40H 勤務の事業所で、週 40H 勤務の者が、勤務時間中、当該サービスのみ従事する場合。	常勤兼務 常勤で勤務している者が、当該事業所における勤務時間帯を通じて、当該サービスと併せて他の業務にも従事していること。 ○例：常勤者週 40H 勤務の事業所で、週 40H 勤務の者が、勤務時間中、当該サービスと併せて他の業務にも従事する場合。
非常勤	非常勤専従 非常勤で勤務している者が、当該事業所における勤務時間帯を通じて、当該サービス以外の業務に従事しないこと。 ○例：常勤者週 40H 勤務の事業所で、週 20H 勤務の者が、勤務時間中、当該サービスのみ従事する場合。	非常勤兼務 非常勤で勤務している者が、当該事業所における勤務時間帯を通じて、当該サービスと併せて他の業務にも従事していること。 ○例：常勤者週 40H 勤務の事業所で、週 20H 勤務の者が、勤務時間中、当該サービスと併せて他の業務にも従事する場合。

4 添付書類

○ ここでは、指定申請時に添付する書類の記入上の注意点等について説明します。全サービスの添付書類について記載していますので、申請するサービスに必要な書類について確認してください。

登記事項証明書は添付省略可となりました。

添付書類	説明内容	様式等
病院、診療所、薬局の開設許可証、使用許可証等の写し	<ul style="list-style-type: none"> ● 病院、診療所、薬局の使用許可等について、確認するものです。 ○ 事業所（施設）の所在する病院、診療所、薬局の開設許可証や使用許可証等の写しを提出してください。 	原本の写し
特別養護老人ホームの認可書の写し	<ul style="list-style-type: none"> ● 特別養護老人ホームの認可について、確認するものです。 ※ 提出が必要となるのは、介護老人福祉施設です。 ○ 認可書の写しを添付してください。 	原本の写し
従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	<ul style="list-style-type: none"> ● 従業者の勤務体制や勤務の形態の月別一覧表により、従業者の配置に係る人員基準の遵守状況を確認するものです。 ○ 人員基準で定められている職種の従業者について、サービスの種類ごとに、従業者の職種、勤務形態、氏名、勤務すべき時間数を記入の上、備考欄には他の職種との兼務がある場合は当該職名を記入してください。 ○ 複数の職種を兼務している職員については、職種ごとに段を分けて勤務時間を記入してください。特に従事している時間帯を明確にする必要がある職種（通所介護における生活相談員と介護職員の兼務等）の場合には、必ず職種ごとに記入してください。 	標準様式
介護支援専門員の氏名及びその登録番号	<ul style="list-style-type: none"> ● 事業所（施設）の介護支援専門員を確認するものです。 ※ 提出が必要となるのは、人員基準上、介護支援専門員の配置が必要なサービスです。 ○ 介護支援専門員の登録番号、氏名等を明記してください。 	標準様式
従業者の資格を証する書類	<ul style="list-style-type: none"> ● 資格が必要な従業者の資格内容を確認するものです。 ○ 資格要件はサービスの種類ごとに異なります。 ○ 資格証に記載の氏名が旧姓など、現在の氏名と異なる場合は、申請者の奥書証明をつけてください。 	原本の写し

添付書類	説明内容	様式等
管理者経歴書	<ul style="list-style-type: none"> ● 管理者の経歴について確認するものです。 ※ 提出が必要となるのは、管理者となるために必要な経験や資格、研修があるサービスです。 ○ 「事業所又は施設の名称」欄には、当該事業所（施設）名を記入してください。 ○ 管理者の氏名、生年月日を記載してください。 ○ 他の事業所（施設）の職を兼務している場合は、「主な職歴等」欄に併せて記入してください。 ※ なお、介護老人福祉施設において、管理者が特別養護老人ホームの施設長を兼務する場合は、その資格を有していることを証明する書類を添付してください。 	標準様式
サービス提供責任者経歴書	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>訪問介護事業所</u>におけるサービス提供責任者の経歴について確認するものです。（様式は任意です。標準様式「管理者経歴書」の標題等を変えた上で使用いただいても構いません。） ○ 当該事業所名を記入する外、他の事業所・施設も兼務する場合は、兼務する事業所又は施設の名称を併せて記入してください。 ○ サービス提供責任者の氏名、生年月日等を記入してください。 ※ サービス提供責任者が当該事業所の管理者を兼務する場合は、管理者の経歴書と併せて「管理者兼サービス提供責任者経歴書」として、一枚にまとめて提出してください。 	任意様式

添付書類	説明内容	様式等
生活相談員経歴書	<p>● 通所介護及び短期入所生活介護事業所における生活相談員の経歴について確認するものです。(様式は任意です。標準様式「管理者経歴書」の標題等を変えた上で使用いただいても構いません。)</p> <p>○ 当該事業所名を記入する外、他の事業所・施設も兼務する場合は、兼務する事業所又は施設の名称を併せて記入してください。</p> <p>○ 生活相談員の氏名、生年月日等を記入してください。</p> <p>※ 生活相談員が当該事業所の管理者を兼務する場合は、管理者の経歴書と併せて「管理者兼生活相談員経歴書」として、一枚にまとめて提出してください。</p> <p>○ 市では県に準じ、介護支援専門員の資格を有する者及び通所・入所系サービスで介護・相談業務に5年かつ900日以上従事した経験のある介護福祉士について、通所介護における生活相談員として認めています。この要件で生活相談員を配置する場合は資格証の写し又は経歴書及び実務経験証明書の提出が必要です。</p> <p>※ 通所・入所系サービスとは、通所介護（地域密着型及び認知症対応型を含む）、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護及び認知症対応型共同生活介護です。</p> <p>※ 実務経験証明書は生活相談員が勤務していた（いる）法人が作成するものです。通所・入所系サービスの介護・相談業務に従事した事業所・施設名、従事期間及び従事日数を記入してください。</p>	実務経験証明書

添付書類	説明内容	様式等
事業所（施設）の 平面図・周辺図	<ul style="list-style-type: none"> ● 事業所（施設）の場所及び周辺状況と事業所の設備基準等について確認するものです。 ○ 平面図に各室の用途（名称）を明記してください。なお、<u>各部屋の寸法や間口の広さを内法で記載</u>してください。 ○ 他の事業との共用部分があれば、色分けする等により、他の事業と明確に区別できるようにしてください。 ○ 申請事業所（施設）の周囲の見取り図を添付してください。 ○ 周囲に同一法人が運営している事業所・施設がある場合は明示してください。 ※ 以下の場合は、上記と併せて下記の平面図も必要となります。 <ul style="list-style-type: none"> ・ サテライト事業所を有する場合、当該事業所の平面図。 ・ 短期入所生活介護において、特別養護老人ホーム等との併設事業所である場合、当該併設本体施設の平面図。 ※ 施設設備として複数の居室があるサービス（特別養護老人ホーム、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護等）については居室等の面積一覧表を添付願います。 (居室等面積一覧表について) ● 各事業の設備基準に規定されている居室等の面積を確認するものです。 ○ 設置階ごと、部屋別の面積を記入してください。 <u>注意：面積は「内法」で計測</u>してください。 ※ 短期入所生活介護において、特別養護老人ホーム等との併設事業所である場合は、当該併設本体施設の部屋等についても併せて記入してください。 	標準様式 任意様式
設備・備品等一覧表	<ul style="list-style-type: none"> ● 各事業の設備等が基準に適合しているかを確認するものです。 ○ 事業所の設備、備品、消防設備等について部屋ごとに記入してください。設備等の詳細については、写真を添付することで記入にかえても構いません。 	標準様式
併設する施設の概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護保険施設における併設施設の概要を確認するものです。 ○ 併設する施設の名称や施設の構造など、併設施設の概要が分かる書類を提出してください。 	任意様式

添付書類	説明内容	様式等
運営規程	<ul style="list-style-type: none"> ● 各事業所（施設）の事業運営上の重要事項に関する規程を確認するものです。 ○ 事業の適正な運営及び適切なサービス提供の確保するため、サービスの種類ごとに関係省令や基準等に従って作成してください。 ○ 法人単位ではなく、サービスの種類別に「<u>事業所（施設）</u>」ごとに定める必要があります。なお、居宅サービスと介護予防サービス、地域密着型サービスと地域密着型介護予防サービスが一体的に運営される場合は、1つの運営規程とすることができます（例：訪問看護と介護予防訪問看護）。 	任意様式
利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 利用者（入所者）からサービス提供等の苦情があった場合の苦情処理体制や対応手順を確認するものです。 ○ 利用者（入所者）に対する相談窓口や連絡先を明記の上、事業所（施設）における苦情処理の体制及び手順等を具体的に分かりやすくまとめて記入してください。事業所でマニュアル等を作成している場合はマニュアル等の概要を記載してください。 	標準様式
協力医療機関等との契約の内容（契約書の写し）	<ul style="list-style-type: none"> ● 利用者（入所者）の容体が急変した場合や必要な場合に対応を依頼する協力医療機関との契約状況や契約内容を確認するものです。 ○ 協力歯科医療機関がある場合は、当該機関との契約書の写しも併せて提出してください。 	原本の写し
受託居宅サービス事業者が事業を行う事業所の名称等並びに当該事業者の名称等	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>特定施設入居者生活介護</u>において、「外部サービス利用型」の場合に委託事業者について確認するものです。 ○ サービスごとに委託する事業者、事業所について記入し、委託契約書の写しを添付してください。 	標準様式 契約書の写し

添付書類	説明内容	様式等
関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>居宅介護支援事業所</u>における関係機関との連携内容について、確認するものです。 ※ 提出が必要となるのは、居宅介護支援事業所です。 ○ 市や地域包括支援センター、他の居宅介護支援事業所や介護支援専門員、居宅サービス事業所や介護保険施設等のサービス提供機関、医療機関等との連携方法について、地域の実情に応じて具体的に記入してください。 	
福祉用具の保管及び消毒の方法	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>福祉用具貸与事業所</u>について、福祉用具の保管や消毒の方法を確認するものです。 ○ 事業所における福祉用具の保管・消毒方法を具体的に記入してください。 ○ 保管・消毒のマニュアルがある場合はその写しを添付することでこの書類にかえてもかまいません。 ○ 福祉用具の保管・消毒を他の事業者へ委託等する場合は、委託契約書の写しを提出してください。 	保管・消毒方法を明示したマニュアル等 又は委託契約書の写し
誓約書	<ul style="list-style-type: none"> ● 申請者、申請者の役員及び申請に係る事業所（施設）の管理者が、介護保険法で定める欠格事由に該当しない者であることを確認するものです。 ○ サービスごとに様式が異なりますので、該当するサービスの様式を使い、誓約者欄に、申請者の住所、申請者の名称、代表者の職・氏名を記入してください。 	標準様式
代表者及び管理者名簿	<ul style="list-style-type: none"> ● 法人代表者及び事業所（施設）の管理者について、確認するものです。 ○ 「誓約書」において、介護保険法で定める欠格事由に該当しない者であることを誓約している「代表者」及び「管理者」について、参考様式に従い、氏名、生年月日、役職名、住所、電話番号、FAX番号を記入してください。 ○ 管理者の場合、役職名欄には「管理者」と記入してください。 	標準様式

添付書類	説明内容	様式等
事業所（施設）の検査済証、確認済証	<ul style="list-style-type: none"> ● 事業所（施設）について建築基準法に基づく申請状況を確認するものです。 ※ 該当になるのは通所系・入所系サービスです。 ※ 提出できない場合は、建築基準法第12条第5項の規定による報告書の提出を求めることがあります。 ○ 事業所（施設）の建物の検査済証を提出してください。改築している建物の場合は、改築の際の検査済証の写しを提出してください。また、用途変更を行った場合で建築確認が必要な場合は確認済証を添付してください。 ※ 建築基準法関係の手続については市開発建築指導課（Tel.024-924-2371）に確認してください。確認した結果、手続が不要な場合は確認先及び確認日をサービスごとの提出書類確認表に明記してください。 ※ 事業所が賃貸等により自己所有でない場合は<u>賃貸契約書の写し</u>を添付してください。 	<p>原本の写し （契約書の写し）</p>
消防用検査済証及び防火対象物使用開始届等の写	<ul style="list-style-type: none"> ● 事業所（施設）について消防法に基づく申請状況を確認するものです。 ※ 該当になるのは通所系・入所系サービスです。 ○ 消防法上の届出について、許可を得ていることが分かる書類（<u>消防用設備等検査済証及び防火対象物使用開始届</u>）を提出してください。 なお、<u>消防用設備等検査</u>が必要のない建物の場合は、<u>防火対象物使用開始届のみ</u>でかまいません。 ※ 消防法関係の手続については郡山地方広域消防組合消防本部 予防課（Tel.024-923-8172）に確認してください。 	<p>原本の写し</p>

添付書類	説明内容	様式等
社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票	<ul style="list-style-type: none"> ● 法人の社会保険及び労働保険の加入状況について確認するものです。 ○ 申請時点の加入状況について記入してください。既に参加している場合は、各種書類の写しの提出又は事業所整理番号及び労働保険番号を記入してください。未参加の場合は加入手続きを行う時期を記入してください。 	
介護給付費算定に係る体制等に関する届出書及び介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	<ul style="list-style-type: none"> ● 事業所の加算体制等について確認するものです。 ○ サービスごとの加算体制を確認のうえ、記入してください。(記入例 P24、25) 	別紙
介護給付費算定に係る体制等届出に関する添付書類チェックリスト及び添付書類	<ul style="list-style-type: none"> ● 加算体制等について確認するものです。 ○ 算定を希望する加算について、チェックリストに記載のある添付書類を提出してください。 	チェックリスト
条例等	<ul style="list-style-type: none"> ● 設立の根拠について確認するものです。 ○ 地方自治体などの公的機関の場合添付してください。 	

第3部 指定後の届出等事項

1 業務管理体制に関する届出

全ての介護サービス事業者（法人等の申請者）に対して、事業所・施設の数に応じた「法令遵守等の業務管理体制」の整備とその届出が義務付けられています。「新たに介護保険事業者の指定（許可）を受けた場合」又は「介護保険事業者の指定（許可）を受け、業務管理体制を届出後、届出事項等に変更が生じた場合」は、下記に従い必要な届出を行ってください。

(1) 業務管理体制の届出先（監督機関）

要件	届出先（監督機関）
① 地域密着型（介護予防）サービス事業のみを行い、指定事業所が全て郡山市内に所在する事業者	事業所所在市町村（郡山市）
② 指定事業所が全て郡山市内に所在する事業者	事業所所在中核市（郡山市）
③ 指定事業所が3以上の地方厚生局管轄区域に所在する事業者	厚生労働省本省又は地方厚生局
④ 指定事業所が2以上の都道府県に所在し、かつ、2以下の地方厚生局管轄区域に所在する事業者	主たる事務所の所在地の都道府県
⑤ 指定事業所が同一指定都市内にのみ所在する事業者	指定都市
⑥ 上記①～⑤以外	福島県

※ 当該届出は、事業者（＝法人等）ごとに行います。（事業所・施設ごとではありません。）

(2) 業務管理体制の整備の内容

整備の内容	事業所・施設の数		
	20未満	20以上100未満	100以上
	法令遵守責任者の専任	法令遵守責任者の専任	法令遵守責任者の専任
	—	法令順守規定の整備	法令順守規定の整備
—	—	業務執行の状況の監査を定期的に実施	

※ 上記「業務管理体制整備の内容」は、「事業所・施設の数」によって異なります。「事業所・施設の数」は、事業所番号が同じか否かに関わらず、指定を受けた「サービスの種類ごと」に1事業所と数え（＝例えば、同一事業所が訪問看護と介護予防訪問看護の両方の指定を受けている場合は「2」とカウント）、休止中の事業所・施設も含めて数えます。

なお、施設みなし事業所は含みますが、医療みなし事業所は除きます。また、総合事業の事業所も除きます。

(3) 届出書類

様式	提出が必要な事由
① 業務管理体制届出書 （第7号様式）	○初めて事業所を開設し、1(1)の要件に当てはまったとき ○事業所の開設又は廃止により、1の届出先（監督機関）が変更になったとき（注）

② 変更届 (第8号様式)	○1(2)の業務管理体制整備内容に変更が生じたとき ○次の内容のいずれかに変更が生じたとき(事業所数20未満) <ul style="list-style-type: none"> ・法人種別及び名称 ・主たる事務所の所在地、電話及びFAX番号 ・代表者の氏名及び生年月日 ・代表者の住所及び職名 ・事業所又は施設の名称及び所在地 事業所の開設(追加)、廃止を含む) ・法令遵守責任者の氏名及び生年月日
------------------	---

(注)届出先(監督機関)が変更になったときは、法改正に伴う場合を除き、変更前の行政機関と変更後の行政機関両方に提出する必要があります。

業務管理体制に関する届出書類等については、市ウェブサイトに掲載しています。

・業務管理体制の整備について：<https://www.city.koriyama.lg.jp/soshiki/68/2253.html>

2 介護給付費算定に係る届出書

介護保険制度では、事業所(施設)の種別及び人員配置の様態等により、算定される報酬額が異なることから、当該加算等の体制情報について、①介護給付費の算定に当たって事前に届出が必要と関係告示で定められている事項、②居宅サービス計画策定(支給限度額管理)のために必要な事項、③支払審査機関や保険者における審査・請求の上で必要な事項を記載した、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」及び「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」(以下、「体制届」という。)の提出が必要となります。

については、「新たに介護保険事業者の指定を受ける場合」又は「介護保険事業者の指定を受けた後、体制に変更が生じた場合」は、下記のとおり、届出を行ってください。

サービス種別		届出日と算定開始日 ※
訪問・通所系	訪問介護、(介護予防)訪問入浴介護、(介護予防)訪問看護、(介護予防)訪問リハビリテーション、(介護予防)居宅療養管理指導、通所介護、(介護予防)通所リハビリテーション、(介護予防)福祉用具貸与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護、(介護予防)小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援	◎毎月15日以前に届出 ⇒翌月から算定 ◎毎月16日以降に届出 ⇒翌々月から算定
入所系	(介護予防)短期入所生活介護、(介護予防)短期入所療養介護、(介護予防)特定施設入居者生活介護、(介護予防)認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、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、介護医療院	◎届出が受理された日の翌月から算定(ただし、受理された日が月の初日の場合は当該月から算定)

※届出は郵送の場合、消印有効です。また窓口で提出する場合、届出日が市役所の閉庁日であるときは、次の平日までに届出があれば有効です。

(例) 訪問・通所系：6/15が日曜日の場合…6/16(月曜日)に窓口で届出→7月1日から算定可

入所系：7/1が日曜日の場合…7/2(月曜日)に窓口で届出→7月1日から算定可

なお、届け出ている体制届の内容に変更が生じ、加算を取り下げ又は減算となる場合は、事実の発生日が適用年月日となりますので速やかに提出してください。

体制届の様式や添付書類については、市ウェブサイトに掲載しています。

・介護保険事業者各種申請関係様式：<https://www.city.koriyama.lg.jp/soshiki/68/2198.html>

【介護給付費算定に係る体制等に関する届出書】※地域密着型サービスは様式が異なります。

(別紙2) 受付番号 記入例

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

郡山市長 令和〇年〇月〇日

所在地
名称

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	カブシキカイシャ〇〇 株式会社〇〇	
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 963 - 0000) 福島 県 郡山 郡市 朝日一丁目〇番〇号 (ビルの名称等)	
	連絡先	電話番号 024-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号 024-〇〇〇-〇〇〇〇
	法人の種類	富利法人	法人所轄庁
	代表者の職・氏名	職名 代表取締役	氏名 〇〇 〇〇
代表者の住所	(郵便番号 963 - 0000) 福島 県 郡山 郡市 桑野二丁目〇番〇号		
事業所・施設の状態	フリガナ 事業所・施設の名称	〇〇ホウモンカイゴジギョウシヨ 〇〇訪問介護事業所	
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 963 - 0000) 福島 県 郡山 郡市 豊木三丁目〇番〇号	
	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 -) 県 郡市	
	連絡先	電話番号	FAX番号
	管理者の氏名	(郵便番号 963 - 0000) 福島 県 郡山 郡市 豊田町〇番〇号	
届出をを行う事業所・施設の種類	同一所在地において行う事業等の種類	実施 指定(許可) 異動等の区分 異動(予定) 異動項目	年月日 年月日 年月日 (※変更の場合)
	指定居宅サービス	〇	令和〇年〇月〇日
	訪問介護	〇	令和〇年〇月〇日
	訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了
	訪問看護	<input type="checkbox"/>	1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了
	訪問介護(バリエーション)	<input type="checkbox"/>	1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了
	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了
	通所介護	<input type="checkbox"/>	1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了
	通所介護(バリエーション)	<input type="checkbox"/>	1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了
	短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了
	短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了
	特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了
	福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了
	介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了
	介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/>	1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了
	介護予防訪問介護(バリエーション)	<input type="checkbox"/>	1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了
	介護予防居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了
	介護予防通所介護(バリエーション)	<input type="checkbox"/>	1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了
	介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了
	介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了
介護予防特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	
介護予防福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	
介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	
介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	
介護医療院	<input type="checkbox"/>	1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	
介護保険事業所番号			
医療機関コード等			
特記事項	変更前	変更後	
	特定事業所加算Ⅱ	特定事業所加算Ⅰ	
関係書類	別添のとおり		

備考1 「受付番号」「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 「法人の種類」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「〇」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の横の口を■にしてください。
 6 「異動項目」欄には、(別紙1、1～2「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)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。

3 変更届

介護保険事業者の指定を受けた後、事業所の名称や所在地など、所定事項に変更があった場合は、変更日から10日以内に「変更の届出」を行う必要があります。

【変更の届出について】

変更届の様式	届出が必要な変更事項及び添付書類	提出期限
地域密着型サービス以外：「変更届出書」 別紙様式第一号（五） 地域密着型サービス：「変更届出書」 別紙様式第二号（四）	変更事項により添付する書類が異なります。「変更届出書類一覧」を確認し、提出してください。	変更日から <u>10日以内</u>

○ 「変更届出書類一覧」は市ウェブサイトから確認してください。

- ・ 介護保険事業者各種申請関係様式：<https://www.city.koriyama.lg.jp/soshiki/68/2198.html>
- ・ 地域密着型サービス事業者の申請・届出：<https://www.city.koriyama.lg.jp/soshiki/68/2200.html>

○ 変更届出書は、サービスの種類ごとに（法人単位ではなく事業所・施設単位で）作成し、提出する必要がありますのでご注意ください。（介護予防サービスの一括申請は可能）

※ 通所系・入所系の事業所が移転等により指定時と施設が変更となる場合は、変更届の提出の前に改めて図面協議等の事前相談（P2参照）が必要となりますのでご注意ください。

※入所系の事業所の場合、変更届出の提出の前に手続きが必要な場合がありますので、「変更届出書類一覧」をご確認ください。

【変更届出書】※地域密着型サービスは様式が異なります。

別紙様式第一号(五)

変更届出書

記入例

令和〇 年 〇 月 〇 日

郡山市長

所在地 福島県郡山市朝日一丁目〇番〇号

申請者 名称 株式会社〇〇

代表者職名・氏名 代表取締役 〇〇 〇〇

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号	0 7 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
	法人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
指定内容を変更した事業所等	名称	〇〇訪問介護事業所
	所在地	福島県郡山市並木三丁目〇番〇号
サービスの種類	訪問介護	
変更年月日	令和〇 年 〇 月 〇 日	
変更があった事項(該当に〇)	変更の内容	
事業所(施設)の名称	(変更前)	
事業所(施設)の所在地		
申請者の名称		
主たる事務所の所在地		
法人等の種類		
代表者(開股者)の氏名、生年月日、住所及び職名		
登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)	第〇条 通常の事業の実施地域 郡山市	
事業所(施設)の建物の構造及び専用区画等		
備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業)		
利用者の推定数		
事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所 (介護老人保健施設は、事前に承認を受ける。)		
サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	(変更後)	
<input checked="" type="checkbox"/> 運営規程		
協力医療機関・協力歯科医療機関		
事業所の種別		
提供する居宅療養管理指導の種類		
事業実施形態 (本体施設が特別養護老人ホームの場合の 空床利用型・併設事業所型の別)	第〇条 通常の事業の実施地域 郡山市、〇〇市、〇〇町	
利用者、入所者又は入院患者の定員		
福祉用具の保管・消毒方法 (委託している場合にあつては、委託先の状況)		
併設施設の状況等		
介護支援専門員の氏名及びその登録番号		

- 備考
- 「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
 - 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。
なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の(変更前)と(変更後)欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

4 廃止届・休止届・再開届

介護保険事業者の指定を受けた後、事業所や施設を休止又は廃止（指定を辞退）しようとする場合や、休止後、再開した場合は、下記のとおり、届出を行う必要があります。

届出が必要となる場合	サービスの種類	届出様式	提出期限
事業所(施設)を「 <u>廃止</u> 」(指定辞退)しようとする場合	● (介護予防)居宅サービス ● 居宅介護支援	「廃止（休止）届出書」 別紙様式第一号（七）	事業を廃止（指定を辞退）する日の1月前まで
	● 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 ● 介護医療院	「指定辞退届出書」 別紙様式第一号（八）	
	● 地域密着型（介護予防）サービス	「廃止・休止届出書」 別紙様式第二号（三）	
事業所(施設)を「 <u>休止</u> 」しようとする場合	● (介護予防)居宅サービス ● 居宅介護支援 ● 介護老人福祉施設 ● 介護療養型医療施設	「廃止（休止）届出書」 別紙様式第一号（七）	事業を休止する日の1月前まで
	● 地域密着型（介護予防）サービス	「廃止・休止届出書」 別紙様式第二号（三）	
事業所(施設)を「 <u>再開</u> 」した場合	● (介護予防)居宅サービス ● 居宅介護支援 ● 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 ● 介護医療院	「再開届出書」 別紙様式第一号（六）	事業を再開した日から10日以内
	● 地域密着型（介護予防）サービス	「再開届出書」 別紙様式第二号（五）	

- 「廃止・休止・再開・辞退」に係る届出書は、サービスの種類ごとに（法人単位ではなく、事業所・施設単位で）作成し、上記の各期限内に介護保険課へ提出してください。
- なお、複数のサービスを同時期に廃止、休止又は再開する場合はまとめて「廃止・休止」または「再開」の届出を行うことができます。

5 更新申請

更新制度に係る事業者の指定（許可）の有効期間は6年間であり、当該有効期間満了前に事前に更新申請を行う必要があります。有効期間満了日の概ね2か月前までに事業所・施設へ更新手続きの通知をお送りしますので、「更新申請書類確認表」にある書類を揃えて申請してください。

- 介護保険事業所番号が同一の事業所で更新時期の異なるサービスが複数ある場合は、更新時期を迎えたサービスと併せてその他のサービスの更新を行うことが可能です。希望する場合は、介護保険課までご相談ください。

- なお、休止中の事業所は指定の更新を受けることができません。更新申請を行うためには、事業所を再開したうえで更新申請を行う必要があります。

【更新申請書類確認表】 ※地域密着型サービス以外

別表 更新申請書類確認表				
介護保険事業所番号				
事業所（施設）の名称				
サービスの種類				
番号	添付書類	留意事項	申請者 確認欄	市 確認欄
1	付表 (付表第一号、第二号のうち該当するサービスのもの)	・サービス種類ごとに定められた付表を添付すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 (標準様式 1-01～1-21 のうち該当するもの)	・申請月の <u>前月分</u> (確定したもの)を添付すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	従業者の資格を証する書類	・原則、全ての職種（介護職含む）について提出すること。 ・介護職については、医療・福祉関係の資格証又は研修の修了証書の提出が必要。 ※従来は介護職は無資格でも勤めることができたため提出を求めていなかったが、R6 からは無資格者は研修を受講するよう義務付けられたため。 ・氏名が変更になっている場合はその旨余白に記載し奥書証明すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	誓約書 (標準様式 6)	・所定の様式によること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	代表者及び管理者名簿 (参考様式第 10 号)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 (別紙 1-1-2、1-2-2、1-3-2 のうち該当するもの)	・体制等状況一覧表は所定の様式により、更新対象のサービス部分のみ提出すること。 ・加算を算定している場合は、「 <u>介護給付費算定に係る体制等届出に関する添付書類チェックリスト</u> 」及びチェックリストに記載のある書類を添付すること。 ※この届をもって変更届とすることはできません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

注 1 申請書ごとに作成してください。

申請事務の担当者			
所属名		氏名	
電話		FAX	

【更新申請書類確認表】 ※地域密着型サービス

地域密着型サービス等事業所 指定更新申請に係る提出書類一覧											
No.	添付書類	(介護予防)認知症対応型通所介護	(介護予防)小規模多機能型居宅介護	(介護予防)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入居者生活介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	複合型サービス	地域密着型通所介護	居宅介護支援/介護予防支援	備考
1	指定更新申請書										
		別紙様式第二号 (二) 《全サービス共通》									
2	付表										
		付表第二号 《該当サービスのもの》									
3	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表										申請月の前月分(確定したもの)を添付
4	従業者の資格を証する書類										資格が必要な職種は添付
5	管理者経歴書		標準様式2								「認知症対応型サービス事業者管理者研修」の修了証書(写)を添付
6	計画作成担当者経歴書		標準様式2を使用願います								「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」、「認知症介護実践者研修(又は痴呆介護実務者研修基礎課程)」の修了証書(写)を添付
7	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表										介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 《該当サービスのもの》
8	誓約書										標準様式6 《該当サービスのもの》
9	代表者及び管理者名簿										標準様式7 参考様式 《全サービス共通》
10	当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧										介護支援専門員資格者証(写)を添付

第4部 指定の特例

1 みなし指定

(1) みなし指定が適用となる場合

介護保険制度において、実際に介護保険サービスを提供するには、サービスを行う事業所（施設）ごとに都道府県知事等の指定（許可）を受ける必要がありますが、この事業者指定（許可）の特例として、下記の事業者が行う一定のサービスについては、指定があったものとみなされる、「みなし指定」の規定が適用されます。

根拠法令	対象事業者	みなし指定となるサービス (介護予防を含む)
健康保険法	保険医療機関 (病院・診療所)	居宅療養管理指導 訪問看護 訪問リハビリテーション 通所リハビリテーション※ 短期入所療養介護
	保険薬局	居宅療養管理指導
介護保険法	介護老人保健施設 介護医療院	通所リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問リハビリテーション

○ 保険医療機関・保険薬局の指定を受けた日を指定日として、自動的にみなし指定が適用となります（本体の指定日＝みなし指定日）。ただし、後述する「指定を不要とする旨の申出書」を提出した場合はみなし指定とはなりません。

○ みなし指定を受けた「医療機関」及び「薬局」の介護保険事業所番号は、下記のとおりとなります。

医科	071 + 7桁の保健医療機関コード
歯科	073 + 7桁の保健医療機関コード
薬局	074 + 7桁の保健医療機関コード

○ みなし指定が適用となった場合、指定申請書類の提出は不要ですが、実際に当該サービスを行い、介護給付費を請求する際は、事前に市へ「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（＝体制届）」(P23 参照)を提出する必要があります。

※ 通所リハビリテーションを行う場合には体制及び設備基準等の適合の確認が必要になりますので、事前に市介護保険課にご相談ください。

(2) 「指定を不要とする旨の申出書」について

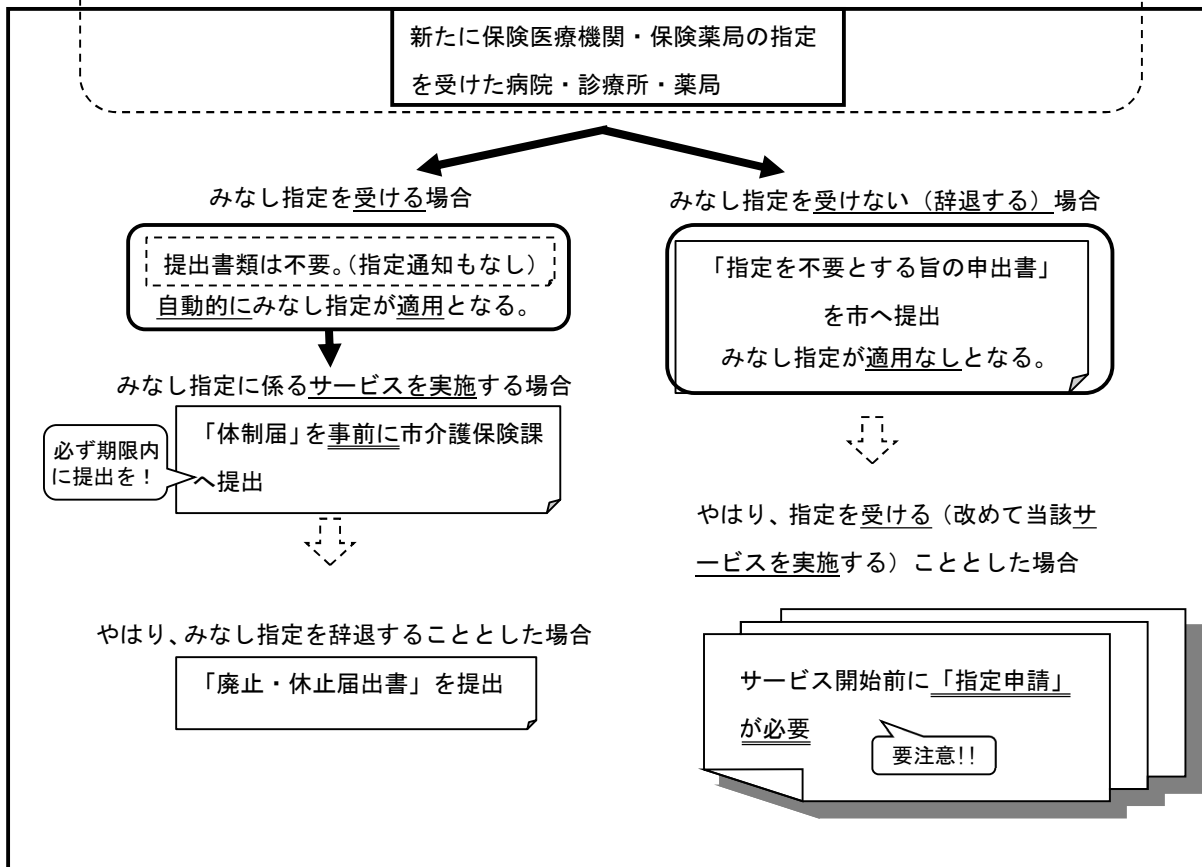
みなし指定が適用となる保険医療機関・保険薬局において、みなし指定の対象となる介護保険サービスを行う意向がなく、当該サービスに係る介護保険法の指定を希望しない場合は、保険医療機関・保険

薬局の指定時に「指定を不要とする旨の申出書」を介護保険課に提出することで、みなし指定を辞退することができます。

- 「指定を不要とする旨の申出書」は保険医療機関・保険薬局の指定の後に介護保険課より送付しますので、みなし指定が不要な場合は申出書を提出してください。
- 一旦「指定を不要とする旨の申出書」を提出し、みなし指定を辞退した後、改めて当該サービスを実施するには、通常の指定時と同様、「指定申請」を行う必要があります。
- みなし指定が適用となった後、みなし指定に係るサービスを実施しない意向となり、指定を辞退することとなった場合は、「廃止・休止届出書」(第40号様式)を提出してください。

【参考】みなし指定（適用・辞退）の流れ

介護保険課から、みなし指定に関する通知を送付。



第5部 申請書類等の提出方法・問い合わせ先

1 各種申請・届出書類の提出方法等

- 各種申請・届出書類は、郵送、持参又は Email により提出してください。
- 提出部数は1部です。
- 内容について市から照会することがありますので、必ず控え（写し）を事業所に保管してください。
- 各種様式は、下記市ウェブサイトに掲載しています。ダウンロードして、ご利用ください。
市トップページ (<https://www.city.koriyama.lg.jp>) → さがす → 組織でさがす
→ 保健福祉部 → 介護保険課

- ・各種申請・届出等に関すること→「介護保険事業者各種申請関係様式」又は「地域密着型サービス事業者の申請・届出」
- ・市内の事業所の一覧に関すること→「介護サービス事業所一覧」
- ・国又は県から事業所への通知等に関すること→「介護サービス最新情報（令和〇年）」又は「介護サービス最新情報（地震、台風等関連）」

この手引きに関するお問い合わせ先・各種申請等の 提出先

郡山市 保健福祉部 介護保険課 管理係

〒963-8601 郡山市朝日一丁目23番7号（本庁舎1階）

TEL 024-924-3021 / FAX 024-934-8971

E-mail kaigohoken@city.koriyama.lg.jp