神奈川県

開設予定事業者向け説明会資料
訪問介護

神奈川県　福祉子どもみらい局　福祉部
高齢福祉課

令和３年８月版

目　次

○　介護保険法に基づく各種サービスの指定を受けるにあたっての、定款への事業名の記載について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１

○　介護報酬の地域区分・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２

○　サービス別の１単位当たりの単価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３

○　地域単価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　４

○　訪問介護料金早見表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　５

○　①②訪問介護指定申請に係る必要書類一覧表・・・・・・・・・・・・・・　８

○　③訪問介護申請及び介護給付費請求に係る書類チェックリスト・・・・・　９

○　④申請書類作成にあたっての留意事項（訪問介護）・・・・・・・・・・・　１４

○　⑤同一敷地内で２サービス以上の事業を行う場合・・・・・・・・・・・・　１７

○　申請書類記載例・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１８

○　介護給付費算定に係る体制等に関する届出書・・・・・・・・・・・・・・　３０

○　介護給付費算定に係る体制等状況一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・　３１

○　よくある質問・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３２

※内容は制度改正により変わる可能性があります。
新規申請の際は、介護情報サービスかながわをご覧いただき申請書類等お間違いないようご注意ください。

■　介護保険法に基づく各種サービスの指定を受けるにあたっての、定款への事業名の記載について　■

○　介護保険法に基づく居宅サービス事業
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、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
○　介護保険法に基づく地域密着型サービス事業
定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、 認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、 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、 複合型サービス、
○　介護保険法に基づく居宅介護支援事業
居宅介護支援
○　介護保険法に基づく介護予防サービス事業
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、 介護予防通所リハビリテーション、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、介護予防福祉用具貸与、 特定介護予防福祉用具販売
○　介護保険法に基づく地域密着型介護予防サービス事業
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
○　介護保険法に基づく介護予防支援事業
介護予防支援

ご注意ください！

定款変更について、所轄官庁の許認可が必要な場合は、必ず所轄官庁へその変更についてご相談ください。

（株式会社や有限会社、合資会社等の営利法人の場合、所轄官庁はありません。）

介護報酬の地域区分

＝変更あり

区　　分	改定前 （平成30年度～令和２年度）		改定後 （令和3年度～令和5年度）		
		上乗せ率(%)		上乗せ率(%)	増減
横　浜　市	２級地	16	２級地	16	
川　崎　市	２級地	16	２級地	16	
相　模　原　市	４級地	12	４級地	12	
横　須　賀　市	５級地	10	５級地	10	
鎌　倉　市	３級地	15	３級地	15	
逗　子　市	４級地	12	４級地	12	
三　浦　市	６級地	6	６級地	6	
葉　山　町	６級地	6	６級地	6	
厚　木　市	４級地	12	４級地	12	
大　和　市	５級地	10	５級地	10	
海　老　名　市	５級地	10	４級地	12	＋
座　間　市	５級地	10	５級地	10	
綾　瀬　市	５級地	10	５級地	10	
愛　川　町	５級地	10	５級地	10	
清　川　村	６級地	6	６級地	6	
藤　沢　市	４級地	12	４級地	12	
茅　ヶ　崎　市	５級地	10	５級地	10	
寒　川　町	５級地	10	５級地	10	
平　塚　市	５級地	10	５級地	10	
秦　野　市	６級地	6	６級地	6	
伊　勢　原　市	５級地	10	５級地	10	
大　磯　町	６級地	6	６級地	6	
二　宮　町	６級地	6	６級地	6	
南　足　柄　市	その他	0	その他	0	
中　井　町	その他	0	その他	0	
大　井　町	その他	0	その他	0	
松　田　町	その他	0	その他	0	
山　北　町	その他	0	７級地	3	＋
開　成　町	その他	0	その他	0	
小　田　原　市	５級地	10	５級地	10	
箱　根　町	７級地	3	７級地	3	
真　鶴　町	その他	0	その他	0	
湯　河　原　町	その他	0	その他	0	

サービス別の１単位当たりの単価

（単位　円）

区分	改定前（平成30～令和2年度） 人件費割合	上乗せ割合 2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他	改正後（令和3～5年度） 人件費割合	上乗せ割合 2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
		16%	15%	12%	10%	6%	3%	0%		16%	15%	12%	10%	6%	3%	0%
居宅サービス																
訪問介護	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
訪問入浴介護	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
訪問看護	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
訪問リハビリテーション	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
通所介護	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
通所リハビリテーション	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
短期入所生活介護	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
短期入所療養介護	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
特定施設入居者生活介護	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
地域密着型サービス																
夜間対応型訪問介護	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
認知症対応型通所介護	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
小規模多機能型居宅介護	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
認知症対応型共同生活介護	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
地域密着型特定施設入居者生活介護	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
地域密着型通所介護	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
居宅介護支援	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
介護保険施設サービス																
介護老人福祉施設	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
介護老人保健施設	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
介護療養型医療施設	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
介護医療院	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00

※　介護予防サービスは、省略。

地域単価

（令和3年4月～令和6年3月）

			2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
改定案	・訪問介護 ・訪問入浴介護 ・訪問看護 ・居宅介護支援	・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・夜間対応型訪問介護	11．12円	11．05円	10．84円	10．70円	10．42円	10．21円	10円
	・訪問リハビリテーション ・通所リハビリテーション ・短期入所生活介護 ・認知症対応型通所介護 ・小規模多機能型居宅介護	・看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	10．88円	10．83円	10．66円	10．55円	10．33円	10．17円	10円
	・通所介護 ・短期入所療養介護 ・特定施設入居者生活介護 ・認知症対応型共同生活介護 ・地域密着型通所介護	・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 ・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所者生活介護	10．72円	10．68円	10．54円	10．45円	10．27円	10．14円	10円

※サービス種類については、介護予防サービスのある居宅サービス及び地域密着型サービスは介護予防サービスを含む。

2級地 ：横浜市/川崎市

3級地 ：鎌倉市

4級地 ：相模原市/藤沢市/厚木市/逗子市/海老名市

5級地 ：横須賀市/平塚市/小田原市/茅ケ崎市/大和市/伊勢原市/座間市/綾瀬市/寒川町/愛川町

6級地 ：三浦市/秦野市/葉山町/大磯町/二宮町/清川村

7級地：山北町/箱根町

その他 ：上記以外

（平成30年4月～令和3年3月）

			2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
現行	・訪問介護 ・訪問入浴介護 ・訪問看護 ・居宅介護支援	・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・夜間対応型訪問介護	11．12円	11．05円	10．84円	10．70円	10．42円	10．21円	10円
	・訪問リハビリテーション ・通所リハビリテーション ・短期入所生活介護 ・認知症対応型通所介護 ・小規模多機能型居宅介護	・看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	10．88円	10．83円	10．66円	10．55円	10．33円	10．17円	10円
	・通所介護 ・短期入所療養介護 ・特定施設入居者生活介護 ・認知症対応型共同生活介護 ・地域密着型通所介護	・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 ・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所者生活介護	10．72円	10．68円	10．54円	10．45円	10．27円	10．14円	10円

※サービス種類については、介護予防サービスのある居宅サービス及び地域密着型サービスは介護予防サービスを含む。

2級地 ：横浜市/川崎市

3級地 ：鎌倉市

4級地 ：相模原市/藤沢市/厚木市/逗子市

5級地 ：横須賀市/平塚市/小田原市/茅ケ崎市/大和市/伊勢原市/海老名市/座間市/綾瀬市/寒川町/愛川町

6級地 ：三浦市/秦野市/葉山町/大磯町/二宮町/清川村

7級地：箱根町

その他 ：上記以外

訪問介護料金早見表（令和３年度介護報酬改定）【１割負担】

【利用者負担算出方法】
地域単価×単位数＝〇〇円（１円未満切り捨て）
〇〇円－（〇〇円×０．９（１円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

※この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、１か月のサービス合計単位数により計算します。

※「所定単位数の１００分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（早朝・夜間加算、特定事業所加算、同一建物に居住する利用者に対する減算など）は下表には記載しておりませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

なお、料金変更が報酬改定に係るもののみである場合は、料金変更届は不要としています。

訪問介護費（１回につき）	単位数	利用者負担額（１割）円						
		2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
		11.12円	11.05円	10.84円	10.7円	10.42円	10.21円	10円
イ　身体介護が中心である場合								
（１）所要時間20分未満の場合	167	186	185	181	179	174	171	167
（２）所要時間20分以上30分未満の場合	250	278	277	271	268	261	256	250
（３）所要時間30分以上１時間未満の場合	396	441	438	430	424	413	405	396
（４）所要時間１時間以上の場合	579	644	640	628	620	604	592	579
（４）に所要時間１時間から計算して所要時間30分を増すごと	84	94	93	91	90	88	86	84
ロ　生活援助が中心である場合								
（１）所要時間20分以上45分未満の場合	183	204	203	199	196	191	187	183
（２）所要時間45分以上の場合	225	251	249	244	241	235	230	225
ハ　通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合	99	110	110	108	106	104	101	99
注5　身体介護を行った後に引き続き所要時間20分以上の生活援助を行った場合　所要時間が20分から計算して25分を増すごとに（201単位を限度とする）	67	75	74	73	72	70	69	67
注14　緊急時訪問介護加算（１回につき）	100	112	111	109	107	105	103	100
ニ　初回加算（１月につき）	200	223	221	217	214	209	205	200
ホ　(1)生活機能向上連携加算（Ⅰ）（１月につき）	100	112	111	109	107	105	103	100
(2)生活機能向上連携加算（Ⅱ）（１月につき）	200	223	221	217	214	209	205	200
へ　(1)認知症専門ケア加算（Ⅰ）（１日につき）	3	4	4	4	4	4	3	3
(2)認知症専門ケア加算（Ⅱ）（１日につき）	4	5	5	5	5	5	4	4

特定事業所加算（単位数）

（１）特定事業所加算（Ⅰ）	所定単位数の100分の20に相当する単位数
（２）特定事業所加算（Ⅱ）	所定単位数の100分の10に相当する単位数
（３）特定事業所加算（Ⅲ）	所定単位数の100分の10に相当する単位数
（４）特定事業所加算（Ⅳ）	所定単位数の100分の５に相当する単位数
（５）特定事業所加算（Ⅴ）	所定単位数の100分の３に相当する単位数

介護職員処遇改善加算（単位数）

Ⅰ（キャリアパス要件①②③）+職場環境要件	地域単価×介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率１３．７パーセント
Ⅱ（キャリアパス要件①②）+職場環境要件	地域単価×介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率１０．０パーセント
Ⅲ（キャリアパス要件①又は②）+職場環境要件	地域単価×介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率５．５パーセント

介護職員等特定処遇改善加算（単位数）

Ⅰ（サービス提供体制強化加算等の取得あり）	地域単価×介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率６．３パーセント
Ⅱ（サービス提供体制強化加算等の取得なし）	地域単価×介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率４．２パーセント

※介護職員処遇改善加算及び介護職員等処遇改善加算の利用者負担（１割負担）は上記単位－（上記単位×０．９）（１円未満切り捨て）

訪問介護料金早見表（令和３年度介護報酬改定）【２割負担】

【利用者負担算出方法】
地域単価×単位数＝〇〇円（１円未満切り捨て）
〇〇円－（〇〇円×０．８（１円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

※この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、１か月のサービス合計単位数により計算します。

※「所定単位数の１００分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（早朝・夜間加算、特定事業所加算、同一建物に居住する利用者に対する減算など）は下表には記載しておりませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

なお、料金変更が報酬改定に係るもののみである場合は、料金変更届は不要としています。

訪問介護費（１回につき）	単位数	利用者負担額（２割）円						
		2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
		11.12円	11.05円	10.84円	10.7円	10.42円	10.21円	10円
イ　身体介護が中心である場合								
（１）所要時間20分未満の場合	167	372	369	362	358	348	341	334
（２）所要時間20分以上30分未満の場合	250	556	553	542	535	521	511	500
（３）所要時間30分以上１時間未満の場合	396	881	875	859	848	826	809	792
（４）所要時間１時間以上の場合	579	1,288	1,280	1,256	1,239	1,207	1,183	1,158
（４）に所要時間１時間から計算して所要時間30分を増すごと	84	187	186	182	180	175	172	168
ロ　生活援助が中心である場合								
（１）所要時間20分以上45分未満の場合	183	407	405	397	392	382	374	366
（２）所要時間45分以上の場合	225	501	498	488	482	469	460	450
ハ　通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合	99	220	219	215	212	207	202	198
注5　身体介護を行った後に引き続き所要時間20分以上の生活援助を行った場合　所要時間が20分から計算して25分を増すごとに（201単位を限度とする）	67	149	148	146	144	140	137	134
注14　緊急時訪問介護加算（１回につき）	100	223	221	217	214	209	205	200
ニ　初回加算（１月につき）	200	445	442	434	428	417	409	400
ホ　(1)生活機能向上連携加算（Ⅰ）（１月につき）	100	223	221	217	214	209	205	200
(2)生活機能向上連携加算（Ⅱ）（１月につき）	200	445	442	434	428	417	409	400
ヘ　(1)認知症専門ケア加算（Ⅰ）（１日につき）	3	7	7	7	7	7	6	6
(2)認知症専門ケア加算（Ⅱ）（１日につき）	4	9	9	9	9	9	8	8

特定事業所加算（単位数）

（１）特定事業所加算（Ⅰ）	所定単位数の100分の20に相当する単位数
（２）特定事業所加算（Ⅱ）	所定単位数の100分の10に相当する単位数
（３）特定事業所加算（Ⅲ）	所定単位数の100分の10に相当する単位数
（４）特定事業所加算（Ⅳ）	所定単位数の100分の５に相当する単位数
（５）特定事業所加算（Ⅴ）	所定単位数の100分の３に相当する単位数

介護職員処遇改善加算（単位数）

Ⅰ（キャリアパス要件①②③）+職場環境要件	地域単価×介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率１３．７パーセント
Ⅱ（キャリアパス要件①②）+職場環境要件	地域単価×介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率１０．０パーセント
Ⅲ（キャリアパス要件①又は②）+職場環境要件	地域単価×介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率５．５パーセント

介護職員等特定処遇改善加算（単位数）

Ⅰ（サービス提供体制強化加算等の取得あり）	地域単価×介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率６．３パーセント
Ⅱ（サービス提供体制強化加算等の取得なし）	地域単価×介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率４．２パーセント

※介護職員処遇改善加算及び介護職員等処遇改善加算の利用者負担（２割負担）は上記単位－（上記単位×０．８）（１円未満切り捨て）

訪問介護料金早見表（令和３年度介護報酬改定）【３割負担】

【利用者負担算出方法】
地域単価×単位数＝〇〇円（１円未満切り捨て）
〇〇円－（〇〇円×０．７（１円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

※この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、１か月のサービス合計単位数により計算します。

※「所定単位数の１００分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（早朝・夜間加算、特定事業所加算、同一建物に居住する利用者に対する減算など）は下表には記載しておりませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

なお、料金変更が報酬改定に係るもののみである場合は、料金変更届は不要としています。

訪問介護費（１回につき）	単位数	利用者負担額（３割）円						
		2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
		11.12円	11.05円	10.84円	10.7円	10.42円	10.21円	10円
イ　身体介護が中心である場合								
（１）所要時間20分未満の場合	167	558	554	543	536	522	512	501
（２）所要時間20分以上30分未満の場合	250	834	829	813	803	782	766	750
（３）所要時間30分以上１時間未満の場合	396	1,321	1,313	1,288	1,272	1,238	1,213	1,188
（４）所要時間１時間以上の場合	579	1,932	1,920	1,883	1,859	1,810	1,774	1,737
（４）に所要時間１時間から計算して所要時間30分を増すごと	84	281	279	273	270	263	258	252
ロ　生活援助が中心である場合								
（１）所要時間20分以上45分未満の場合	183	611	607	595	588	572	561	549
（２）所要時間45分以上の場合	225	751	746	732	723	704	690	675
ハ　通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合	99	330	328	322	318	310	303	297
注5　身体介護を行った後に引き続き所要時間20分以上の生活援助を行った場合　所要時間が20分から計算して25分を増すごとに（201単位を限度とする）	67	224	222	218	215	210	206	201
注14　緊急時訪問介護加算（１回につき）	100	334	332	326	321	313	307	300
ニ　初回加算（１月につき）	200	668	663	651	642	626	613	600
ホ　(1)生活機能向上連携加算（Ⅰ）（１月につき）	100	334	332	326	321	313	307	300
(2)生活機能向上連携加算（Ⅱ）（１月につき）	200	668	663	651	642	626	613	600
へ　(1)認知症専門ケア加算（Ⅰ）（１日につき）	3	10	10	10	10	10	9	9
(2)認知症専門ケア加算（Ⅱ）（１日につき）	4	14	14	13	13	13	12	12

特定事業所加算（単位数）

（１）特定事業所加算（Ⅰ）	所定単位数の100分の20に相当する単位数
（２）特定事業所加算（Ⅱ）	所定単位数の100分の10に相当する単位数
（３）特定事業所加算（Ⅲ）	所定単位数の100分の10に相当する単位数
（４）特定事業所加算（Ⅳ）	所定単位数の100分の５に相当する単位数
（５）特定事業所加算（Ⅴ）	所定単位数の100分の３に相当する単位数

介護職員処遇改善加算（単位数）

Ⅰ（キャリアパス要件①②③）+職場環境要件	地域単価×介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率１３．７パーセント
Ⅱ（キャリアパス要件①②）+職場環境要件	地域単価×介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率１０．０パーセント
Ⅲ（キャリアパス要件①又は②）+職場環境要件	地域単価×介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率５．５パーセント

介護職員等特定処遇改善加算（単位数）

Ⅰ（サービス提供体制強化加算等の取得あり）	地域単価×介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率６．３パーセント
Ⅱ（サービス提供体制強化加算等の取得なし）	地域単価×介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率４．２パーセント

※介護職員処遇改善加算及び介護職員等処遇改善加算の利用者負担（３割負担）は上記単位－（上記単位×０．７）（１円未満切り捨て）

①　訪問介護指定申請に係る必要書類一覧表

No	書　　類	様式等
1	指定居宅サービス事業者（介護保険施設、指定介護予防サービス事業者）指定（許可）申請書	第１号様式
2	申請者（開設者）の登記事項証明書の原本	
3	賃貸借契約書の写し又は建物の登記事項証明書の原本	
4	訪問介護事業者の記入事項（付表１）	第１号様式（付表１）
5	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	指定申請書類様式にある勤務形態一覧表を使用してください。
6	従業者の資格証の写し、雇用が確認できる書類の写し	
7	事業所のサービス提供責任者経歴書	参考様式２
8	事業所の平面図	参考様式３（任意様式でも可）
9	事業所の写真	
10	運営規程（料金表含む）	
11	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式６
12	損害保険証書等の写し	
13	法人代表者等誓約書	指定申請書類様式にある様式を使用してください。
14	管理者誓約書	誓約書はこちらで用意します。
15	申請手数料	証紙貼付用紙に神奈川県収入証紙を貼付してご提出ください。 （収入印紙ではありません。） 掲載場所：ライブラリ（書式/通知） －１．新規事業者指定 －（各サービス種類の名称） －１．指定申請の流れについて
16	返信用封筒	

②　介護給付費請求に係る必要書類一覧表

1	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	ライブラリ（書式/通知）内３．加算届に掲載されている様式を使用してください。加算を算定しない場合もNo１、２は提出が必要です。
2	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	
3	加算届別紙様式等の添付書類【加算を算定する場合のみ】	

※　吸収合併（分割）による事業承継の場合は①の１、２、４、５、１３、１５、１６、②の１、２及び吸収合併（分割）契約書（県に届け出ている情報から変更があれば関係書類の提出要）

※　再付番（既に指定を受けているが事業所番号のみ変更が必要な場合）の場合は①の１、３、４、５、８、９、１０、１５、１６②の１、２

※　管理者が変更になる場合は、１４追加。

※　指定申請時には**当該一覧表の順番のとおり書類を整え**、ご持参ください。

③　訪問介護申請及び介護給付費請求に係る必要書類チェックリスト

■	提出書類		
	チェック箇所	チェック項目	備考
□	指定居宅サービス事業者（介護保険施設、指定介護予防サービス事業者）指定（許可）申請書（第１号様式）		
	申請欄	□　申請者の住所、氏名が登記事項証明書と一致している。 □　使用する印鑑は、法務局に登録されている法人代表者印（通常丸印）を使用している。	
	申請者	□　名称、主たる事務所の所在地が登記事項証明書の商号、本店の住所と一致している。 □　法人の電話番号、ＦＡＸ番号を記載している。 □　法人の種類、法人の所轄庁を記載している。（株式会社、合同会社などの場合は、空欄で可）	※登記事項証明書に記載されている住所では郵便物が届かない場合は、アパート名や部屋番号などを記載してください。 ※電話番号、ＦＡＸ番号の記載間違いに注意してください。
	事業所又は施設	□　所在地は、登記事項証明書や賃貸借契約書の住所と一致している。 □　電話番号を記載している。	※電話番号の記載間違いに注意してください。
	同一所在地内において行う事業又は施設の種類	□　申請するサービスの実施事業欄に「◎」を記載している。 □　指定介護予防サービスを行う場合、実施事業欄に「◎」を記載している。 □　既に同一事業所名、同一所在地で指定を受けている事業がある場合は、実施事業欄に「○」と記載し、指定（許可）年月日欄に指定を受けた日付を記載している。また、介護保険事業所番号欄に既に指定を受けている事業所の事業所番号を記載している。	
□	申請者（開設者）の登記事項証明書の原本		
		□　発行日から３ヶ月以内の原本である。 □　目的欄に申請するサービスが位置付けられている。	
□	賃貸借契約書の写し又は建物の登記事項証明書の原本		
		□　申請する事業所が賃貸の場合は賃貸借契約書、自社所有の場合は建物の登記事項証明書（発行日は３ヶ月以内）を添付している。 □　賃貸借契約の場合、契約は申請法人名義で行われている。 （※建物の使用目的が住宅や居宅となっている場合は、貸し主から事業の用途で使用することについて同意を得ていることが確認できる書類の写しを補足添付してください。）	
□	訪問介護事業者の記載事項（付表１）		
	事業所	□　申請書に記載した事業所名称、所在地と一致している。 □　電話番号、ＦＡＸ番号を記載している。	※電話番号、ＦＡＸ番号の記載間違いに注意してください。
	利用者の推定数	□　申請月における利用者の推定数を記載している。	

	管理者	□　管理者以外の職務を兼務する場合、兼務する職種を記載している。 □　同一敷地内の他の事業所の職務を兼務する場合、事業所又は施設の名称、兼務する職種及び勤務時間（週あたりの勤務時間）を記載している。	※人員基準を確認してください。 ＜参考＞ －ライブラリ（書式/通知） －９．運営状況点検書・運営の手引き －２．運営の手引き
	従業者	□　勤務形態一覧表、運営規程の員数と一致している。	
	主な掲示事項	**（営業日）** □　正月休みや夏季休業等がある場合、備考欄に記載している。 **（営業時間）** □　営業時間は事業所が開いている時間を記載している。 □　営業時間とサービス提供時間が異なる場合、備考欄にサービス提供時間を記載している。 **（利用料）** □　法定代理受領分と法定代理受領分以外の欄に「介護報酬告示上の額」と記載している。 □　その他の費用がある場合、「運営規程のとおり」と記載している。 **（通常の事業の実施地域）** □　通常の事業の実施地域は運営規程と一致している。	※その他の費用、事業の実施地域について ＜参考＞ ④申請書類作成にあたっての留意事項
□	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表		
	サービス種類	□同一敷地内で一体的に行っているサービスがある場合、「同一敷地内で一体的に行っているサービス種類」に記載している。 例）訪問型サービス（介護予防訪問介護相当サービス）	
	勤務形態	□　訪問介護と訪問型サービス（介護予防訪問介護相当サービス）を一体的に行う場合、常勤であれば「B」、非常勤であれば「D」と記載している。	
	第１週～第４週	□　管理者及び従業者全員の毎日の勤務時間数（４週間分）を記載している。 □　記載された勤務時間が雇用契約書や労働条件通知書に記載された雇用条件（勤務日、勤務時間、勤務場所及び職務内容等）と整合が取れている。 □　常勤職員が勤務すべき１週あたりの勤務時間は、３２時間以上となっている。 □　曜日を正しく記載している。 □　氏名は雇用契約書や資格証のものと一致している。 □　同一事業所内の他の職務や同一敷地内の他の事業所の職務を兼務する場合、それぞれの職務に係る就業時間を按分して記載している（ダブルカウントはできません）。	※常勤換算について ＜参考＞ ④申請書類作成にあたっての留意事項 ※職員の氏名を記載する際は、 「高と髙、崎と﨑、恵と惠」などに注意してください。
□	従業者の資格証の写し		
		□　資格を必要とする職種について資格証の写しを添付している（資格を必要としない職種は添付不要）。	※勤務形態一覧表の順番に並べてください。
□	従業者の雇用が確認できる書類の写し		

		□　雇用契約書や労働条件通知書の写しを添付している （雇用契約書や労働条件通知書で雇用条件（勤務日、勤務時間、勤務場所及び職務内容等）の確認ができない場合は、辞令などの写しを補足添付してください）。 **※人員基準の確認のため、勤務地、勤務体制、職務内容がわかるようにしておいてください。** **※労働条件の明示については「労働基準法第１５条」に規定されています。なお、労働基準法に関する内容は、労働基準監督署へお問い合わせください。**	※勤務形態一覧表の順番に並べてください。
□	事業所のサービス提供責任者経歴書		
	主な職歴等	□　指定予定月の前月までの職歴等を記載している。 □　介護関係の職歴については、開設法人名及び事業所名を記載している。	
	指定（変更）後に従事する職務	□　今回指定を受ける予定の事業について記載している。 □　管理者以外の職務を兼務する場合、「サービス提供責任者兼○○」のように記載している。	
□	事業所の平面図		
		□　事務室、相談室、手指消毒の配置場所を記載している。 □　ＰＣ、電話、複合機（ＦＡＸ）、鍵付き書庫の配置場所を記載している。 □　同一敷地内で他のサービス（例えば、通所介護等）を行う場合、事業毎に専用のスペース（専用の机でも可）を設ける必要があるが、図面にどの部屋・机がどの事業のものであるか明記している。 □　事務室は、事業を行うために必要な広さの専用のスペースが設けられている。 □　相談室は、利用申込みの受付、相談等に対応するのに適当なスペースが確保されている（相談室が専用の部屋でない場合、パーティション等で全面囲われているなど、プライバシーが確保されていること）。 □　写真を撮った方向を矢印にて記載し、写真と対応した番号を振っている。	※設備基準を確認してください。 ＜参考＞ －ライブラリ（書式/通知） －９．運営状況点検書・運営の手引き －２．運営の手引き
□	事業所の写真		
		□　写真はＬ版サイズのカラー写真とし、Ａ４の紙に貼るなどしてまとめ、平面図と対応した番号を振り、どの写真かを横に明記している。（「事務室」など）（※カラープリンターによる印刷も可） ＜以下の写真を添付している＞ □建物の外観（全景） □事業所の出入り口部分（看板が写るようにしてください） □事務室（机・椅子・ＰＣ・プリンタ・電話・FAX・鍵付き書庫等必要な備品を写したもの）（鍵付き書庫は鍵が付いた状態で撮影）	※各室の様子が分かるよう必要に応じ、方向を変えて複数枚撮影してください。

		□相談室（机・椅子等必要な備品を写したもの・プライバシーの確保が図られるよう、個室又はパーティション等の間仕切りがあることがわかるもの） □手指消毒の配置場所	
□	運営規程（料金表含む）		
	（運営規程）	**（事業の目的及び運営方針）** **（従業者の職種、員数及び職務内容）** □職種ごとに常勤、非常勤の別、専従、兼務の別と員数を記載している。 **（営業日及び営業時間）** □営業日・営業時間とサービス提供日・サービス提供時間が異なる場合は、サービス提供日・サービス提供時間を記載している。 **（指定訪問介護の内容及び利用料その他の費用の額）** □介護保険利用料以外で徴収する費用も記載している。 例）通常の事業の実施地域を超える場合の交通費等 **（通常の事業の実施地域）** □通常の事業の実施地域が市町村の一部地域とする場合、当該一部地域の具体的な範囲を明示している。 **（緊急時における対応方法）** **（虐待の防止のための措置に関する事項）** **（その他運営に関する重要事項）** □従業者の研修（採用時研修、継続研修の頻度） □衛生管理 □従業者及び従業者の退職後の秘密保持 □苦情処理の体制・相談窓口 □事故発生時の対応 **※その他※** □附則の施行日は事業開始予定日を記載している。	＜参考＞ ライブラリ（書式/通知） －１．新規事業者指定 －各サービス －３．申請書類記載例・作成例 ＜参考＞ ④申請書類作成にあたっての留意事項 ※料金表（単位数）について ＜参考＞ －ライブラリ（書式/通知） －18．令和３年度介護保険制度改正・報酬改定 －利用料金早見表（居宅サービス）
	（料金表）	□　介護保険利用料以外で徴収する費用も料金表に記載している。 □　利用者負担額は、料金表作成例にある「＊利用者負担額の算出方法」を参考にして計算している。	
□	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要		
		□　苦情等に対応する担当者名、職種を記載している。 □　その他参考事項には、苦情が出ないための具体的な方策を記載している。	
□	損害保険証書の写し		
		□　損害保険証書の写しを添付している。 □　申請時点でまだ証書が発行されていない場合、保険申込書及び保険料領収書の写しを添付している。 **※利用者にケガをさせたり、物を壊してしまった場合など、賠償すべき事故が発生した場合、事業者は損害賠償を速やかに行わなければなりません。**	

□	法人代表者等誓約書		
		□　申請者の住所、氏名は、申請書（第１号様式）の住所、氏名（法人名、代表者名）と一致している。 □　使用する印鑑は、法務局に登録されている法人代表者印（通常丸印）を使用している。	
□	管理者誓約書		
	※　受付当日、管理者ご本人に誓約書に署名、押印していただきますので、事前の準備は必要ありません。（こちらで誓約書をご用意いたします。）管理者はご自身の印鑑（認め印で可）をご持参ください。		
□	申請手数料（証紙貼付用紙）		
		□　サービス種別ごとの納付額を確認している。 □　神奈川県収入証紙を貼付している。	
		※　証紙貼付用紙の掲載場所 ライブラリ（書式/通知） －１．新規事業者指定　http://www.rakuraku.or.jp/kaigo2/60/lib.asp?topid=2 －各サービス －１．指定申請の流れについて	
□	返信用封筒		
		□　Ａ４封筒に２５０円分の切手を貼っている。 （※　同じ事業所番号でサービス追加の場合は１４０円分の切手）	
□	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書		
		□　申請者の住所、氏名は、申請書（第１号様式）の住所、氏名（法人名、代表者名）と一致している。 □　提供するサービスの実施事業欄に「○」を記載し、異動年月日欄に事業開始予定年月日を記載している。	※加算を算定しない場合であっても作成してください。
□	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表		
		□　該当する地域区分を「○」で囲んでいる。 □　提供サービス、施設等の区分、その他該当する体制等、ＬＩＦＥへの登録、割引のそれぞれの欄の該当箇所の番号を「○」で囲んでいる。 □　加算を算定しない場合は「なし」に○を記載している。	※加算を算定しない場合であっても作成してください。
□	加算届別紙様式等の添付書類【加算を算定する場合のみ】		
		□　算定要件を満たしていることを確認している。	
		※　介護給付費算定に係る体制等に関する届出の様式等の掲載場所 ライブラリ（書式/通知） －３．加算届　http://www.rakuraku.or.jp/kaigo2/60/lib.asp?topid=4 －各サービス	

④申請書類作成にあたっての留意事項（訪問介護）

申請書類作成にあたって、ご質問の多い点をまとめました。こちらも参考の上、申請書類を作成してきてください。その他のご質問については、当日お伺いします。

1　人員

（１） 訪問介護員等の必要員数は常勤換算方法で 2.5 人分以上の常勤換算とは？

○「サービス提供責任者＋訪問介護員の１週間の合計勤務時間」を「事業所の常勤職員の１週間の勤務時間」で割ったものです。

・ 合計勤務時間とは、訪問介護のサービス提供に従事する時間とサービス提供の準備等を行う時間（待機時間を含む）の合計時間です。

・ 常勤職員の勤務時間は、各事業所で規定します。

（就業規則がある場合－就業規則に定めた勤務時間
就業規則がない場合－常勤職員との雇用契約書に記載された勤務時間）

・ 常勤、非常勤の区別は、事業所で規定した時間数を勤務するかで区別されるものであり、正社員、パートで区別するものではありません。

例１　常勤職員の勤務時間が週 40 時間の事業所

サービス提供責任者Ａ	常勤	週 40 時間勤務
訪問介護員Ａ	非常勤	週 20 時間勤務
訪問介護員Ｂ	非常勤	週 20 時間勤務
訪問介護員Ｃ	非常勤	週 16 時間勤務
訪問介護員Ｄ	非常勤	週 10 時間勤務

サービス提供責任者＋訪問介護員の１週間の合計勤務時間は、
40＋20＋20＋16＋10＝106 時間
常勤職員の１週間の勤務時間は、40 時間
よって、**常勤換算は、106÷40＝2.65　→　2.6（小数点第２位切り捨て）。**

（２）管理者について

○　同一敷地内で他のサービスの管理者等を兼務することは可能です（管理業務に支障がない場合に限る）。その場合は、それぞれのサービスごとに時間を割り振り（例：居宅介護支援の管理者４時間／日、訪問介護の管理者４時間／日）、勤務表に割り振った時間を記載してください。

2　設備基準

（※写真は、Ａ４の紙に貼り、何の写真かを横に明記してください。）

（１） 同一敷地内で他のサービス（居宅介護支援、訪問看護等）を行う場合

○　事務室は同じ部屋を使用することは可能ですが、それぞれの事業ごとに専用のスペース（専用の机でも可）を設ける必要があります。

○　図面にどの部屋・机がどの事業のものであるかを明記してください。

（２） 消毒設備

○ 「速乾性手指消毒液」等を手洗い場に設置してください。

○ 図面に消毒設備（手指消毒液）の位置を記載してください。

（３） 相談室

○ 個室またはパーティションで仕切るなど、利用者のプライバシーに配慮してください。

○ 写真は、個室または仕切りがあることがわかるものを添付してください。

３ 運営規程

（１） 必ず記載すべき事項

○ 事業の目的及び運営の方針

→ 居宅条例第５条などを参考にしてください。

○ 従業者の職種、員数及び職務内容

→ 常勤・非常勤の別、専従・兼務の別を記載してください。

例）訪問介護員５名 （常勤兼務３名、非常勤兼務２名）

○ 営業日、営業時間、サービス提供日、サービス提供時間

→ 営業日、営業時間とは事業所が開いている日、時間

サービス提供日、サービス提供時間はサービス提供が可能な日、時間

その他、（２）営業日を参照

○ 指定訪問介護の内容及び利用料その他の費用の額

→ 介護保険利用料以外で徴収する費用もすべて記載してください。

○ 通常の事業の実施地域

→ 地域が明確に特定されている必要があります。

その他、（３）通常の事業の実施地域を参照

○ 緊急時における対応方法

→ 居宅条例第 28 条などを参考にしてください。

○ 虐待の防止のための措置に関する事項

→体制の整備、研修の実施、速やかな通報の実施などについて記載してください。

○ その他運営に関する重要事項

→ 採用時研修、継続研修の頻度、従業員（従業員であったもの）の守秘義務について記載してください。

（２） 営業日

○ 祝日の営業について、運営規程に明記してください。

例： 営業する場合 → 営業日は、月曜から土曜までとする（**祝日は営業する**）。

営業しない場合→ 営業日は、月曜から土曜までとする（**祝日は営業しない**）。

○ 夏休み、冬休みを設定する場合には、運営規程に明記してください。

例： 営業日は、月曜から土曜までとする（祝日は営業しない）。

但し、12 月 29 日～1 月 3 日までを除く。

（３） 通常の実施地域

○ 通常の実施地域内では、

① 交通費は別途請求できません。

② 合理的な理由がない限り、実施地域内に住んでいる利用者へのサービス提供は拒否できません。

以上を踏まえて、通常の実施地域は、事業所で決めてください。

※ 通常の実施地域外に居住する利用者に対して、サービスを提供してはいけないということではありません。サービスを提供するかについては、事業所で判断できます。

（４） その他の費用

○ 通常の実施地域外に居住する利用者に対しては、運営規程に定め、利用者から同意を得れば、交通費（実費）を別途利用者に請求することができます。

○ 交通費を請求するかしないかは、事業所で決めてください。

○ 請求する場合には、運営規程に明記する必要があります。公共交通機関（電車、バス等）を利用する場合については、運賃ですので実費が明確ですが、自動車を使用する場合には、実費が明確でありません。そこで、自動車を使用する場合には、運営規程に価格を明示しておく必要があります。価格の設定方法は、事業所で決めてください。ただし、請求することができるのは、ガソリンの実費相当分となります。

４ その他添付書類

（１） 料金表

○ 令和３年４月に報酬改定がありました。改定後の単位を確認して作成してください。

＜参考＞

ライブラリ（書式/通知）

－18．令和３年度介護保険制度改正・報酬改定

－利用料金早見表（居宅サービス）

－１．新規事業者指定

－各サービス

－３．申請書類記載例・作成例

⑤同一住所で２サービス以上の事業を行う場合

１　事業所名称と事業所番号について

「事業所の名称」と指定の際に付番される「事業所番号」はリンクしています。

（１）　サービスごとに異なる事業所名称をつけたい場合

例：訪問介護事業…○○ホームヘルパーセンター
　　居宅介護支援事業…○○ケアセンター

→

・事業所番号は別になります。
・申請は、それぞれのサービスごとに行うことになります。
（申請書、登記事項証明書、図面、保険証書の写しもそれぞれ用意してください。）

（２）　事業所番号を統一したい場合

→

・事業所名称を統一してください。
・申請は、１つにまとめてください。
（申請書、登記事項証明書、図面、保険証書は、事業所共通書類として１部あれば、結構です。）

○　事業所番号は、介護報酬の請求を行う場合にも必要となります。請求事務のことも考えた上で、事業所番号を別にするか同じにするかを事業所で検討してください。
○　名称に特に決まりはありません。事業所でお考えください。
○　ただし、既に使用されている名称は、利用者等に混乱が生じやすいので、避けてください（特に同一市区町村内にある場合）。
○　既に名称が使用されているか否かは、かながわ福祉情報コミュニティー（http://www.rakuraku.or.jp）の「事業所検索」等で調べてください。

２　事務室の配置について

○　事務室は共通で使用できますが、サービスごとに専用の事務スペースが必要です。机をサービスごとに明確に分けてください。図面に机のレイアウトを記載し、どの机がどのサービス用なのかが分かるように記載してください。

３　その他

○　併設する他のサービスにおいて、補助金等を受けている場合、別途手続が必要な場合があります。申請する場所が、補助金等の対象となっているか確認し、対象となっていた場合は、事前に補助金等を受けている担当部署へ連絡し、必要な手続を行ってください。

第1号様式 （第2条関係）（表）（用紙　日本産業規格A4縦長型）

受付番号	※

指定居宅サービス事業者（介護保険施設、指定介護予防サービス事業者）指定（許可）申請書

提出年月日を記入してください

法人の登記簿に記載されている主たる所在地を記載してください。

令和　3 年　11 月　1日

神奈川県知事殿

申請者

住　所　神奈川県〇〇市□□1－2

氏　名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）

株式会社大通介護　代表取締役　神奈川太郎　㊞

法人代表者印を押してください。

介護保険法に規定する指定居宅サービス事業者（介護保険施設、指定介護予防サービス事業者）の指定（許可）を、関係書類を添えて申請します。

一致

事業所所在地市町村番号	※

医療法人、社会福祉法人、NPO法人などの法人所管庁がある場合に記載。株式会社、合同会社などの場合は記載不要

申請者	フリガナ	カブシキカイシャ　オオドオリカイゴ			
	名称	株式会社大通介護			
	主たる事務所の所在地	（〒000－0000　） 神奈川県〇〇市□□1－2			
	連絡先	電話番号 045－000－0000		FAX番号 045－000－0000	
	法人の種類	株式会社	法人の所轄庁		
	代表者（開設者）の役職名・氏名	役職名 代表取締役	フリガナ	カナガワ　ジロウ	
			氏名	神奈川　次郎　（生年月日1970年〇月〇日）	
	代表者（開設者）の住所	（〒000－0000） 神奈川県〇〇市××1－201			
事業所又は施設	フリガナ	オオドオリカイゴステーション			
	名称	大通り介護ステーション			
	所在地	（〒000－0000） 神奈川県××市〇〇町2－2			
	電話番号	0000－00－0000			

指定を受けたい事業に◎を

同一所在地内において行う事業又は施設の種類		実施事業	事業開始予定年月日	指定（許可）年月日	添付する付表
指定居宅サービス	訪問介護	◎	令和3年12月1日		付表1、2
	訪問入浴介護				付表3
	訪問看護				付表4
	訪問リハビリテーション				付表5
	居宅療養管理指導				付表6
	通所介護	〇		令和2年5月1日	付表7、8
	通所リハビリテーション				付表9、10
	短期入所生活介護				付表11、12、13、14
	短期入所療養介護				付表15
	特定施設入居者生活介護				付表16
	福祉用具貸与				付表17
	特定福祉用具販売				付表18
施設	介護老人福祉施設				付表19
	介護老人保健施設				付表20
	介護医療院				付表21
指定介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護				付表3
	介護予防訪問看護				付表4
	介護予防訪問リハビリテーション				付表5
	介護予防居宅療養管理指導				付表6
	介護予防通所リハビリテーション				付表9、10
	介護予防短期入所生活介護				付表11、12、13、14
	介護予防短期入所療養介護				付表15
	介護予防特定施設入居者生活介護				付表16
	介護予防福祉用具貸与				付表17
	特定介護予防福祉用具販売				付表18

既に同一名称、同一所在地で指定を受けている事業がある場合には〇を付けてください

既に指定を受けている事業所と同一事業所番号にしたい場合に記載してください。同一事業所番号にするには、事業所名称、事業所所在地が一致している必要があります

介護保険事業所番号（既に指定又は許可を受けている場合のみ記入してください。）	1 4 7 1 2 3 4 5 6 7
医療機関コード等	

第１号様式　（付表１）（第２条関係）（表）（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）

訪問介護事業者の記入事項

受付番号	※

事業所	フリガナ	オオドオリカイゴステーション			
	名称	大通り介護ステーション			
	所在地	（〒　222－2222　） 神奈川県〇〇市△△７－７－７			
	連絡先	電話番号	000-000-0002	FAX番号	000-000-0003
利用者の推定数		２０人			

申請書に記載の事業所名称、事業所所在地、事業所電話番号と一致させてください。

管理者	フリガナ	ヒラツカ　タロウ	住所	（〒333－3333） 平塚市〇〇３－３－
	氏名	平塚　太郎 昭和〇〇年〇月〇日生		
	申請に係る事業所で兼務する他の職種（兼務する場合のみ記入してください。）		サービス提供責任者	
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設（兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。）	事業所又は施設の名称		
		兼務する職種及び勤務時間		

当該訪問介護事業所で他の職務を兼務する場合に記載してください。

同一敷地内の他の事業所の職務を兼務する場合に記載してください。
週当たりの勤務時間も記載してください。

サービス提供責任者	フリガナ	ヒラツカ　タロウ	住所	（〒 平塚市〇〇３－３－３
	氏名	平塚　太郎		
	フリガナ	ズシ　ジロウ	住所	（〒555－5555） 鎌倉市△△５－５－５
	氏名	逗子　次郎		

従業者	訪問介護員等		常勤（人）	非常勤（人）	常勤換算後の員数（人）	基準上の必要員数（人）	適否
		専従			3.2		
		兼務	2	6			

正月休暇、夏季休暇等がある場合には記載してください。

主な掲示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考
			○	○	○	○	○			12月29日から1月3日まで休み。
	営業時間	9:00～17:00								
		備考	サービス提供時間　7:00～20:00　24時間電話対応可能							
	利用料	法定代理受領分	介護報酬告示上の額							
		法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額							
	その他の費用	別添運営規程のとおり								
	通常の事業の実施地域	① 茅ヶ崎市	② 鎌倉市一部	③	④	⑤				
		備考	鎌倉市の一部地域については事業所にお問い合わせください。							
社会保険及び労働保険		加入済み ・ 加入手続き中 ・ 今後手続きを行う								

事業所が開いている時間を記載

サービス提供が可能な時間を記載

実施地域は市町村単位でなく、市町村の一部地域も認められますが、運営規程上、一部地域を特定する必要があります。

備考
1　※印欄に[illegible]ないでください。
2　[illegible]料を添付することにより、記入を省略することができます。
3　[illegible]所等がある場合は、出張所等の名称、所在地及びサービスの[illegible]し、添付してください。
4　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。
5　添付資料については裏面を確認してください。

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　（　訪問介護　）

同一敷地内で一体的に行っているサービス種類　（訪問型サービス（介護予防訪問介護相当サービス））

事業所名（　大通り介護ステーション

指定予定年月に応じた曜日を記載してください。

指定予定年月のシフトを作成してください。

訪問型サービス（介護予防訪問介護相当サービス）も行う場合は忘れずに記載してください。

訪問介護と訪問型サービス（介護予防訪問介護相当サービス）を一体的に行う場合、両サービスの”兼務”となり、勤務形態はB又はDになります。

1人の人が複数職種を兼務する場合は、勤務時間の割り振りが必要です。

職　種	勤務形態	資格	氏　名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	の勤務時間	算後の人数
			*	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			
				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			
管理者	B	—	平塚　太郎		2	2	2	2	2			2	2	2	2	2			2	2	2	2	2			2	2	2	2	2		40	10	—
サービス提供責任者	B	介護福祉士	平塚　太郎		6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6		120	30	
	B	介護福祉士	逗子　二郎	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40	
	D	ヘルパー2級	相模原　順子		4	4	4					4	4	4					4	4	4					4	4	4				48	12	
	D	ヘルパー2級	鎌倉　洋子																									4	4	4		48	12	
	D	ヘルパー2級	大磯　花子							4							4							4							4	16	4	
	D	ヘルパー2級	藤沢　波子	4		4		4			4		4		4			4		4		4			4		4		4			48	12	
	D	ヘルパー1級	川崎　菊代	2						2	2						2	2						2	2						2	16	4	
	D	介護福祉士	平塚　三郎		8				8			8				8			8				8			8				8		64	16	
サービス提供責任者＋訪問介護員																																A 520	B 130	C 3.2

常勤職員の1週あたりの勤務時間　　40　　時間／週　（D）

＊A（合計月間勤務時間）…サービス提供責任者と訪問介護員の合計月間勤務時間を記入。

注：管理者がサービス提供責任者を兼務している場合は、それぞれの職種で勤務時間を割り振り、**管理者としての勤務時間は除く**こと。

＊B（合計週間勤務時間）…A÷4

＊C（常勤換算）…B÷D

備考1　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。

2　職種ごとに左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**

3　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。

4　サービス提供責任者・訪問介護員の欄が足りないときは、欄を増やして（別の職種の余分な行を削除してその分の行を増やす、2ページにする等）記入してください。

5　資格欄は、資格が必要な職種（サービス提供責任者・訪問介護員）のみ記載してください。

6　＊欄には、当該月の曜日を記入してください。

サービス提供責任者の配置基準
利用者の数が40人又はその端数を増すごとに1以上（前3月の平均を用いる）

○前3月の利用者数（通院等乗降介助のみの利用者は0.1人として計算）

月	月	月	前3月の平均
			0

参考様式2

事業所の サービス提供責任者 経 歴 書

事業所又は施設の名称	大通り介護ステーション		
カナ	ヒラツカ タロウ	生年月日	S33 年 3 月 3 日
氏名	平塚 太郎		
住所	（郵便番号 333 ー 3333 ） 平塚市〇〇3－3－3		
電話番号	000-000-0004		

主 な 職 歴 等

年 月 ～ 年 月	勤 務 先 等	職 務 内 容
平成21年4月～平成23年10月	中央福祉サービス協会	経理兼事業企画
平成23年11月～平成30年3月	株式会社 カナガワヘルプサービス	訪問介護員
	カナガワ訪問介護事業所	
平成30年4月～令和3年10月	株式会社 ベイケアホームヘルプサービス	サービス提供責任者
	ベイヘルパーステーション	

今回、指定を受ける予定の事業について記載してください。

指 定（ 変 更 ）後 に 従 事 す る 職

年 月 ～ 年 月	勤 務 先 等	職 務 内 容
令和3年11月～	大通り介護ステーション	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19年4月

備 考 （研修等の受講の状況等）

備考

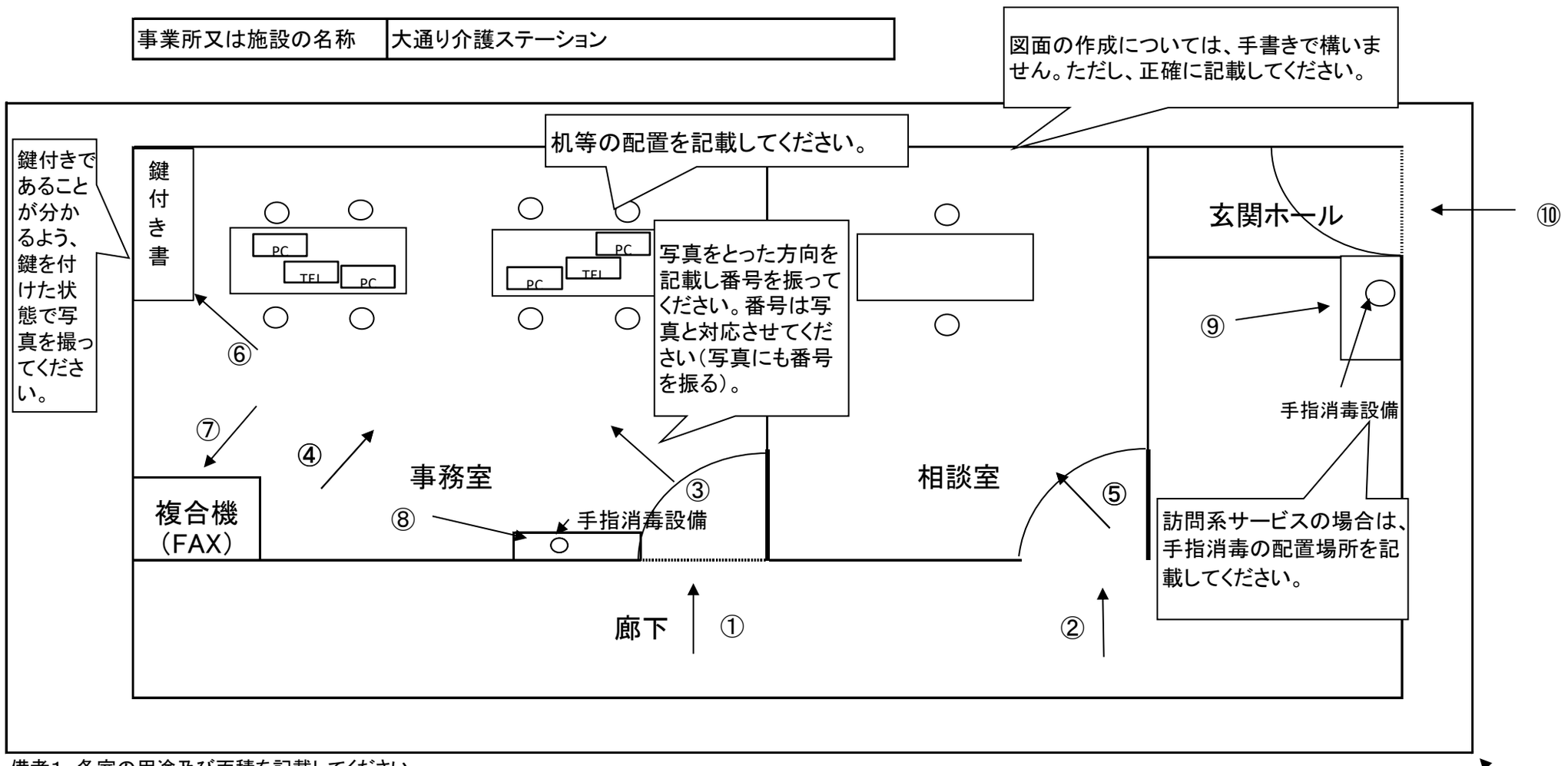
1 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

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。

参考様式3

事業所（施設）の平面図

事業所又は施設の名称	大通り介護ステーション



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　設備及び備品の概要を記載することになっている場合は、本様式の各室または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数量を記載して差し支えありません。

4　別添で提出する事業所のカラー写真（A4の紙に添付）と対比出来るようにしてください。

参考様式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	大通り介護ステーション
申請するサービス種類	訪問介護

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

・　相談・苦情に対する常設の窓口として、相談担当者を置いている。また、担当者が不在の時は、基本的な事項については誰でも対応できるようにするとともに、担当者に必ず引き継いでいる。

（電話番号）　000-000-0002　　（FAX番号）　000-000-0003

（担当者）　管理者　平塚　太郎

職名を記入してください。

不在時の対応についても記入してください。

2　円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

・　苦情があった場合は、ただちにサービス提供責任者が相手方に連絡を取り、直接行くなどして詳しい事情を聞くとともに、担当者からの事情を確認する。
・　サービス提供責任者が、必要であると判断した場合は、管理者まで含めて検討会議を行う。（検討会議を行わない場合でも、必ず管理者まで処理結果を報告する。）
・　検討の結果、必ず翌日までに具体的な対応をする（利用者に謝罪に行くなど）。
・　記録を台帳に保管し、再発を防ぐために役立てる。

3　その他参考事項

・　普段から苦情が出ないようなサービス提供を心がけている（毎日朝礼等で確認。訪問介護員に対する研修の実施等）

事業所として、苦情を少なくするための具体的な方策について記載してください。

備考　苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。

作成例

○○△△ホームヘルプセンター運営規程

事業所名称
を記載してください。

【訪問介護】

（事業の目的）

第１条　○○法人○○が開設する○○△△ホームヘルプセンター（以下「事業所」という。）が行う指定訪問介護事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護福祉士又は介護員養成研修の修了者等（以下「訪問介護員等」という。）が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な事業を提供することを目的とする。

（運営の方針）

第２条　事業所の訪問介護員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。

２　事業の実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

（事業の運営）

第３条　訪問介護の提供に当たっては、事業所の訪問介護員等によってのみ行うものとし、第三者への委託は行わないものとする。

（事業所の名称等）

第４条　訪問介護を行う事業所の名称及び所在地は次のとおりとする。

（１）名称　　○○△△ホームヘルプセンター

（２）所在地　神奈川県○×市□△町１－２－３

（従業員の職種、員数及び職務内容）

第５条　事業所における従業員の職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

（１）管理者　１名（常勤兼務）

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、事業所の従業員に対し遵守すべき事項について指揮命令を行う。

（２）サービス提供責任者　２名（常勤兼務２名）

サービス提供責任者は、事業所に対する指定訪問介護の利用の申込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導、訪問介護計画の作成等を行う

（３）訪問介護員等

訪問介護員等は指定訪問介護の提供に当たる。

訪問介護員等	常勤（人）	非常勤（人）
専従	０人	０人
兼務	５人	２人

職員については、職種ごとに常勤、非常勤の別、専従、兼務の別で人数を記載してください。

（営業日及び営業時間等）

第６条　事業所の営業日及び営業時間は次のとおりとする。

（１）営業日　月曜日から金曜日までとする。ただし祝日、12 月 29 日から１月３日は営業しない。

（２）営業時間　午前９時から午後５時まで

（３）サービス提供時間　午前８時 30 分から午後６時まで

（４）上記の営業日、営業時間のほかに、電話等により 24 時間常時連絡が可能な体制とする。

営業時間とサービス提供時間が異なる場合は、それぞれの時間を記載してください。

（訪問介護の内容等）

第７条　訪問介護の内容は、次のとおりとする。

（１）身体介護

（２）生活援助

（３）通院等乗降介助

（緊急時における対応方法）

第８条　事業所の訪問介護員等は、訪問介護実施中に、利用者の病状に急変等が生じた時は速やかに主治医に連絡する等の措置を講じ、主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等適切な措置を講ずるものとする。

２　前項について、しかるべき措置を講じた場合には、速やかに管理者に報告することとする。

（利用料等）

第９条　訪問介護を提供した場合の利用料金は、介護報酬告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、利用者の負担
ものとする。詳細は別添の料金表のとおり。

２　訪問介護を提供した場合の利用料金のほか、第 10 条
えて行う訪問介護に要した交通費は、公共交通機関を利
する。なお、自動車を利用した場合の交通費は次の額を徴収する。

通常の実施地域を超えたところから片道１ｋｍあたり　〇〇円

３　利用料の支払いを受けた時は、利用者又はその家族に対し、利
について記載した領収書を交付する。

交通費を請求できるのは、通常の事業の実施地域を越えた地点からです。また、自動車を利用した場合に徴収できる金額は、ガソリンの実費相当

実施地域は客観的に場所が特定できるようにすること。〇〇市南部や事業所から〇〇Km以内などは不適切です。

（通常の事業の実施地域）

第 10 条　通常の実施地域は、〇〇市、△△市の一部地域（□□町、〇町、×××町１丁目～５丁目）とする。

（虐待の防止のための措置）

第 11 条　事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

（１）虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、訪問介護員等に周知徹底を図る。

（２）虐待の防止のための指針を整備する。

（３）訪問介護員等に対し、虐待の防止のための研修を採用時及び年１回以上実施する。

（４）前３号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

２　事業所は、虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

（衛生管理等）

第 12 条　事業所は訪問介護員等の清潔の保持及び年１回の健康診断を行い健康状態の管理に努める。また、事業所の設備及び備品等の衛生管理に努めるものとする。

（相談・苦情処理）

第 13 条　事業所は、利用者からの相談、苦情等に迅速かつ適切に対応するために必要な措置を講じるものとする。

２　事業所は、提供した訪問介護に関し、介護保険法第 23 条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は市町村の職員からの質問若しくは照会に応じる等市町村が行う調査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合においては、指導又は助言に従って必要な改善を行うこととする。

３　事業所は、提供した訪問介護に係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合においては、指導又は助言に従って必要な改善を行うこととする。

（事故処理）

第 14 条　事業所は、サービス提供に際し、利用者に事故が発生した場合には、速やかに市町村、介護支援専門員、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。

２　事業所は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には速やかに損害賠償を行う。

（秘密の保持）

第 15 条　事業所は、利用者の個人情報について「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び個人情報保護に関する法律を遵守し適切な措置を講じる。

２　従業者は正当な理由がある場合を除き、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。退職後も同様とする。

３　事業所はサービス担当者会議等において、利用者又はその家族の個人情報を用いる場合はあらかじめ文書により同意を得ることとする。

（記録の整備）

第 16 条　事業所は訪問介護の提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結から５年間保存する。

（１）訪問介護計画

（２）提供した具体的サービス内容等の記録

（３）利用者に関する市町村への報告等の記録

（４）苦情・相談等に関する記録

（５）事故の状況及び事故に対する処置状況に関する記録

２　事業所は、従業員、設備、備品及び会計に関する記録を整備し、その終了の日から５年間保存する。

（その他運営に関する重要事項）

第 17 条　事業所は職員の資質向上のために以下の研修機会を設けるものとし、また業務体制を整備する。

（１）採用時研修　採用後１月以内に実施する。

（２）継続研修　　年〇回以上実施する。

２　この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は〇〇法人と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

附則

この規程は、令和〇〇年〇月〇日から施行する。

【訪問介護事業の料金表（通院等乗降介助を行う場合）の例】

事業所名称を記載してください。

○○△△ホームヘルプセンター訪問介護料金表

令和○年○月○日現在

1　訪問介護の介護報酬に係る費用

項目		サービス１回当たりの料金					
		内容	所要時間	単位数（利用者負担）	利用者負担額（円）		
					１割負担	２割負担	３割負担
①基本額 下段（　）内は、利用者負担額を円に換算し表示したものです。ただし、小数点以下は切り捨てとなるため、１ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。		身体介護	20分未満	167 単位 （△△△円）			
			20分以上30分未満	250 単位 （△△△円）			
			30分以上1時間未満	396 単位 （△△△円）			
			1時間以上	579 単位 （△△△円）			
			以降30分を増す毎に	84 単位 （△△△円）			
		生活援助	20分以上45分未満	183 単位 （△△△円）			
			45分以上	225 単位 （△△△円）			
		通院等乗降介助	―	99単位 （△△△円）			
②加算	初回加算	サービス提供責任者が初回又は初回と同月内に訪問した場合		２００単位/月 （△△△円）			
	早朝・夜間加算	早朝(6時～8時)又は夜間(18時～22時)に訪問した場合		所定単位数×２５％			
	深夜加算	深夜(22時～翌6時)に訪問した場合		所定単位数×５０％			
	緊急時訪問介護加算	利用者からの要請により緊急の訪問介護を行った場合		１００単位/回 （△△△円）			
	２人の訪問介護員によるサービス提供			所定単位数の２００％			
	生活機能向上連携加算（Ⅰ）			１００単位/月 （△△△円）			
	生活機能向上連携加算（Ⅱ）			２００単位/月 （△△△円）			
	介護職員処遇改善加算（Ⅰ～Ⅴ）			地域単価×介護報酬総単位数(基本単位＋各種加算減算)×サービス別加算率 〈１単位未満の端数四捨五入〉			

利用者負担額は、下記＊の算出方法により算出してください。

通院等乗降介助を行う場合に記載してください。

算定する加算のみ記載してください。

＊利用者負担額(1割)の算出方法

①②の計算による１か月のサービス合計単位数×地域単価○○.○○＝○○円（１円未満切り捨て）
○○円－（○○円×０．９（１円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

＊利用者負担額(2割)の算出方法

①②の計算による１か月のサービス合計単位数×地域単価○○.○○＝○○円（１円未満切り捨て）
○○円－（○○円×０．８（１円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

＊利用者負担額(3割)の算出方法

①②の計算による１か月のサービス合計単位数×地域単価○○.○○＝○○円（１円未満切り捨て）
○○円－（○○円×０．７（１円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）
※○○.○○円は、○○市（○級地）の地域単価

事業所が所在する市町村の地域単価を記載してください。

２　運営基準に定められたその他の費用

項目	金額	説明
その他の費用 （交通費）	実費	当事業所の通常の事業の実施地域（○○市△△区、◎◎区、▽▽区）にお住まいの方は無料ですが、それ以外の地域にお住まいの方は、訪問介護員が訪問するための交通費（実費）がかかります。なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額をお支払いいただきます。
		通常の事業の実施地域を越えてから、 片道１ｋｍ毎に　○○円

交通費を請求できるのは、通常の事業の実施地域を越えた地点からです。また、自動車を利用した場合に徴収できる金額は、ガソリンの実費相当分

（別紙２）

受付番号	

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＞

令和　　年　　月　　日

神奈川県知事　　殿

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				
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　―　　） 県　　郡市 （ビルの名称等）			
	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　　―　　） 県　　郡市			
事業所・施設の状況	フリガナ 事業所・施設の名称				
	主たる事業所・施設の所在地	（郵便番号　　―　　） 県　　郡市			
	連 絡 先	電話番号		FAX番号	
	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				
	管理者の住所	（郵便番号　　―　　） 県　　郡市			

届出を行う事業所・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	訪問介護			1新規　2変更　3終了		
		訪問入浴介護			1新規　2変更　3終了		
		訪問看護			1新規　2変更　3終了		
		訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ			1新規　2変更　3終了		
		居宅療養管理指導			1新規　2変更　3終了		
		通所介護			1新規　2変更　3終了		
		通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ			1新規　2変更　3終了		
		短期入所生活介護			1新規　2変更　3終了		
		短期入所療養介護			1新規　2変更　3終了		
		特定施設入居者生活介護			1新規　2変更　3終了		
		福祉用具貸与			1新規　2変更　3終了		
		介護予防訪問入浴介護			1新規　2変更　3終了		
		介護予防訪問看護			1新規　2変更　3終了		
		介護予防訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ			1新規　2変更　3終了		
		介護予防居宅療養管理指導			1新規　2変更　3終了		
		介護予防通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ			1新規　2変更　3終了		
		介護予防短期入所生活介護			1新規　2変更　3終了		
		介護予防短期入所療養介護			1新規　2変更　3終了		
		介護予防特定施設入居者生活介護			1新規　2変更　3終了		
		介護予防福祉用具貸与			1新規　2変更　3終了		
	施設	介護老人福祉施設			1新規　2変更　3終了		
		介護老人保健施設			1新規　2変更　3終了		
		介護療養型医療施設			1新規　2変更　3終了		
		介護医療院			1新規　2変更　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

関係書類	別添のとおり

備考1　「受付番号」「事業所所在市町村番号」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1，1－2)「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。

（別紙１）

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）

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		LIFEへの登録	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	1　なし　2　あり
				特定事業所加算（Ⅴ以外）	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ　5　加算Ⅳ		
				特定事業所加算Ⅴ	1　なし　2　あり		
				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		
				認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　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		
				介護職員等特定処遇改善加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ		

【よくある質問】

Q	法人の登記事項証明書（謄本）は、写しでもよいですか。
A	原本をご提出ください。（発行日から３か月以内のもの）

Q	賃貸借契約書などは、原本を持っていけばよいですか。
A	写しをご提出ください。

Q　事業所の常勤職員（正社員）の勤務時間が、勤務形態一覧表で「常勤職員が勤務すべき１週あたりの勤務時間」に満たない場合、勤務形態のところは、どのように記載したらよいですか。
A　「常勤職員が勤務すべき１週あたりの勤務時間」が週４０時間と設定されている場合、その勤務時間数を下回っていれば、勤務形態一覧表に記載いただく勤務形態は、正社員の方でも「非常勤で専従（又は兼務）」となります。

Q　写真はどのように提出したらよいですか。
A　Ｌ版サイズのカラー写真をＡ４の紙に貼るか、カラープリンターで２～４枚程度の写真をＡ４の紙に印刷をして提出してください。紙の余白部分には、図面に記載された写真の番号とどこを写した写真なのかを記入してください。

Q　運営規程の従業者の員数の記載については、「○人以上」という記載でもよいですか。
A　原則として、職種ごとに常勤・非常勤の別、専従・兼務の別と員数を正確に記載いただく必要がありますが、従業者数が変わるごとに運営規程を変更せずに済むよう、業務負担軽減等の観点から、「○人以上」と記載することも差し支えありません。ただし、単に「２．５人以上」などとせず、事業所の実態に合った記載としてください。

Q　通常の事業の実施地域外の交通費については、自動車を利用した場合、どのように記載をしたらよいですか。
A　「通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道１km 当たり○○円」としてください。なお、徴収できるのは燃料費等実費のみとなります。自動車が稼動しなくてもかかる車両維持費、人件費等は含まれません。

Q　料金表の利用者負担額（１割）の算出方法の計算式は、 「地域単価×単位数＝○○円（１円未満切り捨て） 　○○円×０．１＝△△円（利用者負担額）」でよいですか。
A　利用者負担額（１割）の算出方法の計算式は、 「地域単価×単位数＝○○円（１円未満切り捨て） 　○○円－（○○円×０．９（１円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）」となります。

Q　加算の届出書（介護給付費算定に係る体制等に関する届出書）の記載についてですが、指定予定年月日は「指定（許可）年月日」と「異動年月日」のどちらに書けばよいですか。
A　新規申請の場合には、指定予定年月日を「異動年月日」に記載してください。「指定（許可）年月日」は空欄にしてください。（「指定（許可）年月日」は、既に指定を受けているサービスで加算の変更をする際に、指定を受けた年月日を記載するところです。）