

4 必要書類一覧及び留意事項

①～⑤の各項目をしっかりと確認いただくことにより、審査も、より、スムーズに進みます！

① 指定申請に係る必要書類一覧表 p. 2

② 介護給付費請求に係る必要書類一覧表 P2

③ チェックリスト p. 3

※ チェックリストにより、書類が整っているか等自己点検をしてください。

④ 申請書類作成にあたっての留意事項 p. 8

※ 申請書類作成にあたって、ご質問の多い点を掲載しています。ご参照ください。

⑤ 同一住所で2サービス以上の事業を行う場合 p. 11

※ 複数サービスを行う場合の留意事項を掲載しています。参照ください。

◆ 申請前には、指定基準を次により、必ずご確認ください。

◇ 「介護保険六法」などの一般書籍

◇ 「介護情報サービスかながわ」

－ 「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）

－ 「5.（各サービス種類の名称）の指定基準等」

－ 「9. 運営状況点検書・運営の手引き」

－ 「2. 運営の手引き」

<https://kaigo.rakuraku.or.jp/search-library/>

[lower-3-3.html?topid=10&id=541](https://kaigo.rakuraku.or.jp/search-library/lower-3-3.html?topid=10&id=541)

－ （各サービス種類の名称）運営の手引き

① 通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）
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所（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	登記事項証明書	
3	通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業所の指定に係る記載事項（付表 7）	
4	【病院又は診療所内で行う場合】保険医療機関の指定通知書の写し	
	【介護老人保健施設内で行う場合】介護老人保健施設の開設許可書の写し	
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 ※資格証の姓が現在と異なる場合、姓が変わったことが分かる公的な書類を添付（例：運転免許証の表裏をコピーしたもの、戸籍謄本の写し）	
7	事業所の平面図	参考様式 2（建築図面の写しも可）
8	設備・備品等一覧表	参考様式 3
9	運営規程（料金表含む）	
10	利用者からの苦情を処理するために講ずる概要	参考様式 4
11	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。

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 No 1、2 及び 4 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	各種加算の届出様式【各種加算により様式の有無等が異なります】 ※加算を算定しない場合は不要 ※介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算の届出については、紙による提出は不要（電子申請により提出）	
4	通所系サービス事業所規模点検書（新規開設事業所用）	

※ 新たに医療法人化した場合は新規の指定の取り扱いとなります。

※ 介護予防サービスのみ追加の場合は①の 1、2、5、6、9、11、②の 1、2、3、4

※ 吸収合併（分割）による事業承継の場合は①の 1、2、5、11、②の 1、2、3、4 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、2、5、6、9、11、②の 1、2、3、4

※ 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。

※県が必要と認める場合は、上記申請書類の他、雇用契約書、賃貸契約書等の提出を求めることや、事業所の訪問調査を行うことがあります。

※虚偽や不正があった場合には、介護保険法第 77 条に基づき介護事業者の指定を取り消す場合があります。

② 通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）
申請書類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	
<input type="checkbox"/>	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者）指定（許可）申請書（第1号様式）		
	申請欄	<input type="checkbox"/> 申請者の名称、代表者の氏名が登記事項証明書と一致している。	※介護老人保健施設併設の場合は、申請者は法人代表者、住所は法人所在地となります。
	申請者	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 法人の電話番号、FAX番号、Eメールを記載している。 <input type="checkbox"/> 名称、主たる事務所の所在地が介護老人保健施設の開設許可書の写し又は保険医療機関の指定通知書の記載と一致している。 <input type="checkbox"/> 法人等の種類を選択（記載）している。 <input type="checkbox"/> 代表者の職名・氏名・生年月日・住所が登記事項証明書の記載と一致している。 <input type="checkbox"/> 法人の吸収合併又は吸収分割における（許可）申請の場合には、チェック欄にチェックをしている。	※介護老人保健施設併設の場合、名称と主たる事務所の所在地は介護老人保健施設本体と同一です。 ※謄本に記載されている住所では郵便物が届かない場合は、ビル名や部屋番号などを記載してください。 ※電話番号、FAX番号、Eメール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の種類	<input type="checkbox"/> 指定（許可）申請対象事業等欄に「○」を記載している。 <input type="checkbox"/> 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、既に指定（許可）を受けている事業等欄に「○」と記載している。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。	
<input type="checkbox"/>	通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業所の指定に係る記載事項（付表7）		
	事業所	<input type="checkbox"/> 名称及び所在地を記載している。 <input type="checkbox"/> 電話番号、FAX番号、Eメールを記載している。	※電話番号、FAX番号、Eメールの記載間違いに注意してください。
	管理者	<input type="checkbox"/> 氏名、住所、生年月日を漏れなく記載している。	※人員基準を確認してください。 <参考> ーライブラリ（書式/通知）
	事業所の種別	<input type="checkbox"/> 該当している種別に○をつけているか。	
	従業者	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表、運営規程の員数と一致している。	
	設備に関する基準の確認に必要な事項	<input type="checkbox"/> 平面図より算出した面積を記載している。 <input type="checkbox"/> 単位が複数ある場合、単位それぞれの面積が3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上となっている。	

		<input type="checkbox"/> 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く）を記載している。 <input type="checkbox"/> 利用定員は運営規程と一致している。	
	添付書類	<input type="checkbox"/> （別添）添付書類・チェックリストを記載している。	
<input type="checkbox"/>	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表		
	サービス種類	<input type="checkbox"/> 介護予防サービスも併せて行う場合、両サービス名を記載している。	
	第1週～第4週	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 曜日を正しく記載している。 <input type="checkbox"/> 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。） <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション（予防含む）に勤務する時間のみ記載し、介護老人保健施設等に勤務する時間は除いている。	※人員基準についてご質問の多い点を掲載しています。 <参考>p. 9③申請書類作成にあたっての留意事項
<input type="checkbox"/>	従業者の資格証の写し		
		<input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/>	事業所の平面図		

	<p>(リハビリを行う専用の部屋)</p> <p>(消火設備その他非常災害時に際して必要な設備)</p>	<input type="checkbox"/> 内法により実測した各室の用途、寸法、縮尺を正確に記載し、求積の根拠を明示している。 <input type="checkbox"/> 単位が複数ある場合、単位それぞれの面積が3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上となっている。 <input type="checkbox"/> 専用の部屋の面積に食堂の面積を加えていない。 (※介護老人保健施設の場合、補助金に係る規程が別途定められています。高齢福祉課保健・居住施設グループに確認してください。) <input type="checkbox"/> 内法により実測した寸法、縮尺を正確に記載し、求積の根拠を明示している。 <input type="checkbox"/> 面積算定の際、リハビリテーションを行うスペースとしての使用が想定されないもの(廊下、柱、書棚、事務スペース等)は面積から除外している。 <input type="checkbox"/> リハビリテーションを行うために必要な専用の器具、またテーブル等の配置を記載している。 <input type="checkbox"/> 消火器等の消火設備や備品の配置場所を記載している。	<p>※通所リハビリテーション事業所の開設に際しては、介護保険法令のほか、医療法との関係もあるため、計画段階で早めにご相談ください。</p> <p>高齢福祉課 在宅サービスグループ 電話 045-210-1111 (内線 4841、4842、4843、4824)</p>
<input type="checkbox"/> 設備、備品等一覧表			
		<input type="checkbox"/> サービス種類・事業所名を記入している。 <input type="checkbox"/> チェック欄に「○」、「―」を記入している。	参考様式 3
<input type="checkbox"/> 運営規程(料金表含む)			
	<p>(運営規程)</p>	<p>(事業の目的及び運営方針)</p> <input type="checkbox"/> 記載している。 <p>(従業員の職種、員数及び職務内容)</p> <input type="checkbox"/> 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。(複数単位を設定する場合は、単位毎に記載すること) <p>(営業日及び営業時間)</p> <input type="checkbox"/> 営業日、営業時間、サービス提供時間、サービス提供時間を記載している。 <p>(利用定員)</p> <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションを一体的におこなう場合、「通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションをあわせて○人」と記載している。(複数単位を設定する場合は、単位毎に記載すること) <p>(指定通所リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額)</p> <input type="checkbox"/> 介護保険利用料以外で徴収するその他の費用(実施地域を越えた場合の交通費・食費・おむつ代等)も記載している。	<p><参考>介護情報かながわ ーライブラリ(書式/通知) ー 1. 新規事業者指定 ー 各サービス ー <u>3. 申請書類記載例・作成例</u></p> <p><参考>③申請書類作成にあたっての留意事項</p>

		<p>(通常の事業の実施地域)</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p>(サービス利用に当たっての留意事項)</p> <p><input type="checkbox"/> 記載している。</p> <p>(緊急時における対応方法)</p> <p><input type="checkbox"/> 記載している。</p> <p>(虐待の防止のための措置に関する事項)</p> <p><input type="checkbox"/> 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いる。</p> <p>(非常災害時対策)</p> <p><input type="checkbox"/> 記載している。</p> <p>(その他運営に関する重要事項)</p> <p>次の項目が記載されている。</p> <p><input type="checkbox"/> 従業者の研修（採用時研修、継続研修の頻度）</p> <p><input type="checkbox"/> 衛生管理</p> <p><input type="checkbox"/> 従業者及び従業者の退職後の秘密保持</p> <p><input type="checkbox"/> 苦情処理の体制・相談窓口</p> <p><input type="checkbox"/> 事故発生時の対応</p> <p><input type="checkbox"/> 記録の保管期間</p> <p>(その他)</p> <p><input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーションの指定も併せて受ける場合、介護予防通所リハビリテーションの運営規程も作成している。（ただし、内容が網羅されていれば、通所リハビリテーションと一体的に作成しても構いません。）</p> <p><input type="checkbox"/> 附則の施行日は事業開始予定日を記載している。</p>	
	(料金表)	<p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者負担額は、2割、3割についても記載している。</p>	
<input type="checkbox"/>	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要		
		<p><input type="checkbox"/> 苦情等に対応する担当者名、職種を記載している。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p>	
<input type="checkbox"/>	法人代表者等誓約書		
		<p><input type="checkbox"/> 申請者の氏名は、申請書（第1号様式）の氏名（法人名、代表者名）と一致している。</p> <p><input type="checkbox"/> 申請するサービスに対応した別紙を添付している。</p>	
<input type="checkbox"/>	介護給費算定に係る体制等に関する届出書		

		<input type="checkbox"/> 申請者の氏名は、申請書（第1号様式）の氏名（法人名、代表者名）と一致している。 <input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/>	介護給費算定に係る体制等状況一覧表		
		<input type="checkbox"/> 該当する地域区分を「○」で囲んでいる。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 加算を算定しない場合は「なし」に○を記載している。 <input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算を算定する場合は電子申請システムにより提出している。	※加算を算定しない場合であっても作成してください。
<input type="checkbox"/>	各種加算の届出様式【加算を算定する場合のみ】		
		<input type="checkbox"/> 各加算様式の内容を確認し該当箇所に記入している。	
		<p>※ 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 － 各サービス https://kaigo.rakuraku.or.jp/search-library/lower-3-2.html?topid=4</p>	
<input type="checkbox"/>	通所系サービス事業所規模点検書（新規開設等事業所用）		
		<input type="checkbox"/> サービス提供予定日数は、運営規程に位置付けられている日は全てサービス提供を行うものとし、日数を記載している。 <input type="checkbox"/> 複数単位でサービス提供を行っている場合、全ての単位の利用延人員数を合算したうえで平均利用延人員数を算出している。	

③申請書類作成にあたっての留意事項

(通所リハビリテーション)

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。こちらを参考の上、申請書類を作成してください。その他のご質問については、高齢福祉課在宅サービスグループ通所リハビリテーション担当までお問い合わせください。

1 人 員

(1) 常勤換算とは？

- 「理学療法士等の 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、通所リハビリテーション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の合計時間です。
- ・ 同一事業所内の他の単位・職務、同一敷地内の他の事業所の職務を兼務する場合、それぞれの職務への就業時間を按分により計上します（ダブルカウントはできません。）
- ・ 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ー就業規則に定めた勤務時間
就業規則がない場合ー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

従 業 者	勤務形態	通りハ 1 単位目	通りハ 2 単位目	訪リハ・外来等
理学療法士 A	常 勤	週 40 時間	—	—
理学療法士 B	常 勤	週 5 時間	週 35 時間	—
理学療法士 C	非常勤	週 5 時間	週 5 時間	週 5 時間
作業療法士 D	常 勤	—	週 10 時間	週 30 時間
作業療法士 E	非常勤	週 10 時間	—	—
言語聴覚士 F	非常勤	週 4 時間	週 4 時間	週 8 時間

※ 通りハ 1 単位目の理学療法士等の 1 週間の合計勤務時間は、 $40+5+5+10+4=64$ 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、 $64 \div 40 = 1.6 \rightarrow 1.6$ （小数点第 2 位切り捨て）。

同様に通りハ 2 単位目の理学療法士等の 1 週間の合計勤務時間は、 $35+5+10+4=54$ 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、 $54 \div 40 = 1.35 \rightarrow 1.3$ （小数点第 2 位切り捨て）。

(2) 管理者について

- 管理者は併設する病院、診療所又は介護老人保健施設の管理者が兼務するのが原則となります。

また、医師、理学療法士、作業療法士又は専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護師のうちから選任した者に、必要な管理の代行をさせることが可能です。

2 設備基準

(1) 専用の部屋等

- 指定通所リハビリテーションを行うのにふさわしい専用の部屋等であって、3平方メートルに利用定員（同時に指定通所リハビリテーションの提供を受けることができる利用者の数の上限）を乗じた面積以上が必要です。
- 専用の部屋の面積に食堂の面積を加えることはできません（介護老人保健施設を除く）。
- 指定通所リハビリテーションを行うために必要な専用の機械及び器具を備える必要があります。

(2) 消火設備等

- 消火設備その他非常災害に際して必要な専用の設備を備える必要があります。

(3) 事業所の場所

- 病院、診療所、介護老人保健施設内である必要があります。

3 運営規程

（介護予防事業も行う場合には、予防用・介護用それぞれの運営規程を作成する必要があります。両サービスの内容が網羅されていれば一体的に作成することも可能です。）

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136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）理学療法士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
→ （2）営業日及び（3）営業時間とサービス提供時間を参照
- 指定通所リハビリテーション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
→ （4）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146条で準用される同第110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。

(1) 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

(2) 営業時間とサービス提供時間

- 営業時間とは、事業所が開いている時間のことです。
- サービス提供時間とは、実際にサービスを提供することが可能な時間です。
- 例： 営業時間は、9:00 から 17:00 までとする。
サービス提供時間は、10:00 から 16:15 までとする。

(3) 通常の実施区域

- 通常の実施区域内では、定員一杯である等の合理的な理由がない限り、実施区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、通常の実施区域は、事業所で決めてください。

※通常の実施区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

ア 実施区域外の利用者に対する交通費

- 通常の実施区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、実費が明確ではありません。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。

イ 日常においても通常必要となるものに係る費用で、その利用者に負担させることが適当と認められる費用

- 詳細は、平成12年3月30日老企54号の厚生省（当時）の通知をご覧ください。

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4月介護保険制度改正・報酬

－利用料金早見表（居宅サービス）

④同一住所で2サービス以上の事業を行う場合

1 事務室の配置について

- 事務室は同一法人であれば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。

2 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。