

(参考様式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 ()

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	週平均の 勤務時間	常勤換算後の 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					
管理者																																				
介護支援専門員																																				

常勤職員の1週間あたりの勤務時間 時間/週

- 備考 1 ※欄には、当該月の曜日を記入してください。
- 2 「勤務形態」欄は、職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記入してください。
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 管理者が介護支援専門員を兼務する場合には、それぞれの職種で勤務時間を按分し、記入してください。
- 4 「資格」欄は、資格が必要な職種（管理者及び介護支援専門員）のみ記入してください。
- 4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を増やして記入してください。
- 5 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。
- 6 各事業所・施設において使用している勤務割表等（既に事業を実施しているときは直近月の実績）により、職種、勤務形態、氏名及び当該業務の勤務時間が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。

(参考様式2)

管理者経歴書

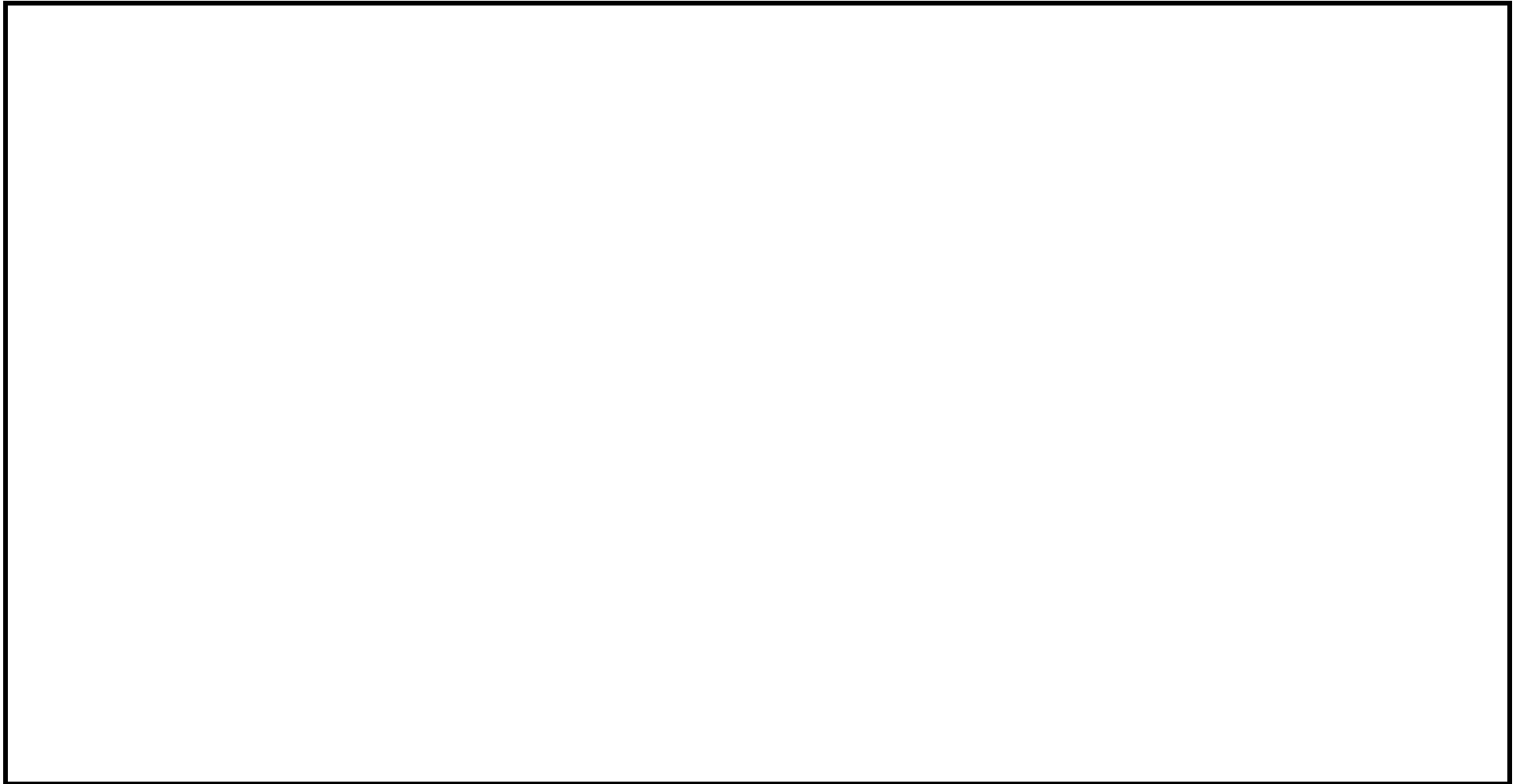
事業所又は施設の名称			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	(郵便番号 -)		
電話番号			
主 な 職 歴 等			
年 月 ～ 年 月	勤 務 先 等		職 務 内 容
職 務 に 関 連 す る 資 格			
資格の種類		資格取得年月	
備 考 (研修等の受講の状況等)			

- 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 「主な職歴等」には、管理者の要件を満たすことが分かる職歴等について記載してください。

(参考様式3)

平面図

事業所・施設の名称	
-----------	--

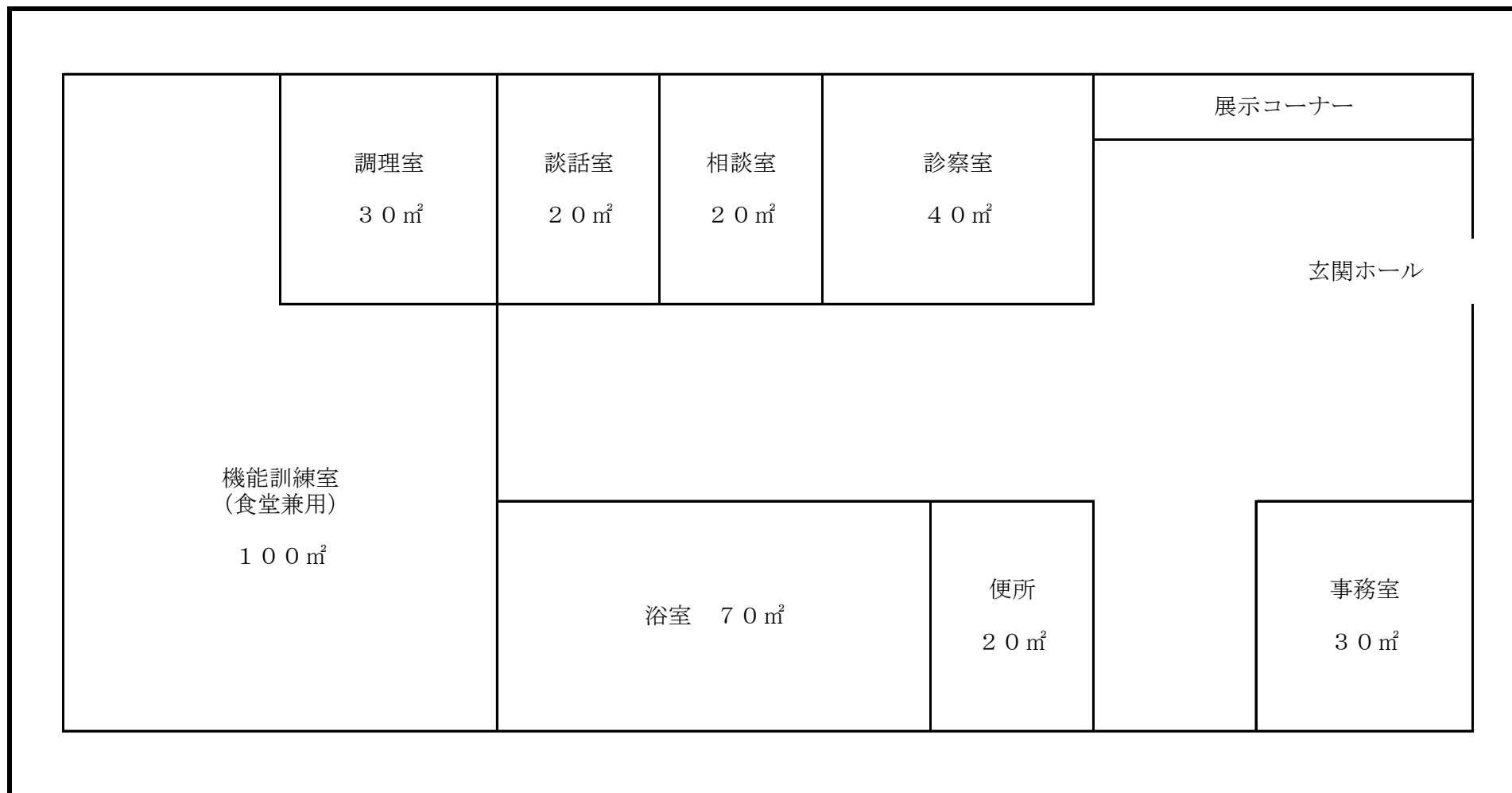


- 備考
- 1 必ずしも本様式によらず、各室の用途及び面積がわかるものであれば、既存の平面図等をもって提出書類として差し支えありません。
 - 2 届出に係る施設部分の用途及び面積がわかるものを提出してください。
 - 3 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

(参考様式3) 書き方見本

平面図

事業所・施設の名称	
-----------	--



- 備考
- 1 必ずしも本様式によらず、各室の用途及び面積がわかるものであれば、既存の平面図等をもって提出書類として差し支えありません。
 - 2 届出に係る施設部分の用途及び面積がわかるものを提出してください。
 - 3 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。

(参考様式5)

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 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等

4 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してください。

(参考様式 9 - 4)

介護保険法第 7 9 条第 2 項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

大井町長 様

申請者 住所

氏名 (名称及び代表者名)

印

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。(役員等が下記の第八号に該当しないことを誓約します。)

記

(介護保険法第 7 9 条第 2 項)

- 1 申請者が法人でないとき及び、大井町暴力団排除条例 (平成 2 3 年大井町条例第 1 5 号) 第 2 条第 3 号に規定する暴力団員等又は同条第 5 号に規定する暴力団経営支配法人等であるものとき。
- 2 当該申請に係る事業所の介護支援専門員の人員が、第 8 1 条第 1 項の厚生労働省令で定める員数を満たしていないとき。
- 3 申請者が、第 8 1 条第 2 項に規定する指定居宅介護支援の事業の運営に関する基準に従って適正な居宅介護支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 3 の 2 申請者が、禁錮以上の刑に処され、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 4 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 4 の 2 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 4 の 3 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく 3 月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全てを引き続き滞納している者であるとき。
- 5 申請者が、第 8 4 条第 1 項又は第 1 1 5 条の 3 5 第 6 項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して 5 年を経過しない者であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅介護支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅介護支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅介護支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 5 の 2 申請者と密接な関係を有する者が、第 8 4 条第 1 項又は第 1 1 5 条の 3 5 第 6 項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して 5 年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅介護支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅介護支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅介護支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 6 申請者が、第 8 4 条第 1 項又は第 1 1 5 条の 3 5 第 6 項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第 1 5 条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第 8 2 条第 2 項の規定による事業の廃止の届出をした者 (当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。) で、当該届出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。

- 6の2 申請者が、第83条第1項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第84条第1項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から10日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第82条第2項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 6の3 第6号に規定する期間内に第82条第2項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前60日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所（当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者で、当該届出の日から起算して5年を経過してないものであるとき。
- 7 申請者が、指定の申請前5年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 8 申請者が、法人で、その役員等のうちに第3号の2から第5号まで又は第6号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 9 申請者が、法人でない事業所で、その管理者が第3号の2から第5号まで又は第6号から第7号までのいずれかに該当する者であるとき。

(参考様式7)

当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

番 号	氏 名 等		介護支援専門員登録番号
①	フリガナ 氏 名		
②	フリガナ 氏 名		
③	フリガナ 氏 名		
④	フリガナ 氏 名		
⑤	フリガナ 氏 名		
⑥	フリガナ 氏 名		
⑦	フリガナ 氏 名		
⑧	フリガナ 氏 名		
⑨	フリガナ 氏 名		
⑩	フリガナ 氏 名		
⑪	フリガナ 氏 名		
⑫	フリガナ 氏 名		
⑬	フリガナ 氏 名		
⑭	フリガナ 氏 名		
⑮	フリガナ 氏 名		

- 備考 1 指定居宅介護支援事業に従事する介護支援専門員の氏名、介護支援専門員登録番号を記載してください。
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。