

記入例

提出担当者	連絡先	介護サービス事業部 TEL 025-000-XXXX FAX 025-000-XXXX
	氏名	高齢 福子

更新申請書の提出担当者を記入してください。  
(内容について確認事項がある場合、この提出担当者あてに連絡します。)

該当するところに○印を付ける

- 指定地域密着型サービス事業者
- 指定地域密着型介護予防サービス事業者
- 指定介護予防支援事業者

指定更新申請書

申請年月日を記入

平成 28 年 8 月 23 日

新潟市長様

住所 新潟市中央区学校町通1番町602番地1  
 申請者 名称 株式会社 高齢者支援サービス  
 (法人にあつては、名称及び代表者の職・氏名) 代表取締役 新潟 一郎

介護保険法に規定する事業者に係る指定更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

記

申請者	名称	カブシキガイシャ コウレイシャシエンサービス 株式会社 高齢者支援サービス					
	「営利法人、社会福祉法人、医療法人、財団法人、特定非営利活動法人、農協」などの区別を記載する。	番号	951 - 8550	法人が公益法人の場合に記入 (例) 社会福祉法人の場合→「厚生労働省」、「新潟県」又は「新潟市」と記入 営利法人の場合→記入しない			
法人の種類別	営利法人	法人所轄庁	新潟市				
代表者の職・氏名	職名	代表取締役	氏名	新潟 一郎			
代表者の住所	住所	新潟市中央区西堀前通6番町894番地1 西堀6番館ビル4階	生年月日	昭和23年4月6日			
指定更新を受け	事業所の名称	コウレイシャシエンタキノウガタサービスジギョウショ 高齢者支援多機能型サービス事業所					
	事業所の所在地	新潟市西区寺尾東3丁目14番41号					
	連絡先	電話番号	025-000-△△△△	FAX番号	025-000-□□□□		
		Eメールアドレス	koreisha@city.niigata.lg.jp				
	指定年月日	平成22年10月1日					
	介護保険事業所番号	1590123456					
概要	同一所在地において行う事業等の種類	地域密着型サービス・介護予防支援	申請する事業等	現に受けている指定の有効期間満了日	申請する事業等	現に受けている指定の有効期間満了日	申請する事業等に係る添付書類等確認表
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護					
	夜間対応型訪問介護						別紙18
	地域密着型通所介護						別紙19
	認知症対応型通所介護						別紙20
	小規模多機能型居宅介護	○	平成28年9月30日	○	平成28年9月30日		別紙21
	認知症対応型共同生活介護		平成29年1月31日				別紙22
地域密着型特定施設入居者生活介護						別紙23	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	同一所在地において行っている事業等の指定の有効期間の満了日を記入				同一所在地において行っている事業(地域密着型介護予防サービス)の指定の有効期間の満了日を記入		別紙24
看護小規模多機能型居宅介護						別紙25	
介護予防支援						別紙26	

添付書類 添付書類等確認表に掲げるとおり。

更新するサービスに○を記入

**記載例**

小規模多機能型居宅介護事業所の場合

(○) 小規模多機能型居宅介護の更新申請に係る添付書類等確認表  
 (○) 介護予防小規模多機能型居宅介護

1 添付書類の確認

該当欄に○を付けること。

添付書類 ※1は前年度の平均、2から4は申請する日の属する月の前月の実績、5は直近の状況、それ以外は申請日現在の状況による書類を添付すること。	既に市長に提出している書類の変更		添付の省略の可否
	有	無	
1 利用者数算出書（前年度の平均値）	/	/	変更の有無に関わらず添付すること。  変更があれば「有」に○、なければ「無」に○を記入
2 申請者の組織体系図（サテライト型の場合は本体事業所を含む）	/	/	
3 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（サテライト型の場合は本体事業所を含む）	/	/	
4 代表者（開設者）及び従業員の資格を証する書類	/	/	
5 資産の状況を記載した書類（申請者の直近の決算書（損益発生時に対応が可能であることが分かる書類（損益写し等））	/	/	
6 別に通知する介護給付費算定に係る体制等届出書	/	/	
7 誓約書	/	/	
8 役員等の名簿	/	/	
9 運営推進会議の構成員	/	/	
10 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類（事業所名、電話番号、担当者のみの変更の場合は提出不要）	○	/	
11 事業所（建物及び敷地）の登記事項証明書、貸借契約書の写しその他の使用権原を証する書類	/	○	

この「/部分」の書類については、必ず添付すること。（サービス種類によって異なります。）

変更があれば「有」に○、なければ「無」に○を記入

2 変更届の提出状況の確認

該当欄に○を付けること。

申請書（変更届）の記載事項又は書類	既に市長に提出している申請書等の記載事項又は書類の変更		備考
	有	無	
1 事業所の名称及び所在地	/	○	変更が「有」の事項がある場合、該当する事項の変更届を併せて提出すること。（本来、変更後10日以内に届出が必要。）
2 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、住所及び職名（開設者研修修了者の交代を含む）	/	○	
3 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等（事業に関係する部分に限る。）	/	○	
4 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要	/	○	
5 管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	/	○	
6 計画作成担当者の氏名、生年月日、住所及び経歴	/	○	
7 運営規程	○	/	
8 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容（協力歯科医療機関があるときは、協力歯科医療機関との契約内容を含む）	/	○	
9 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制	/	○	
10 別に通知する介護給付費算定に係る体制等届出書	/	○	
11 役員等の氏名、生年月日及び住所	/	○	
12 介護支援専門員（介護支援専門員として業務に従事する者）の氏名及びその登録番号	/	○	

※

※ 当該事項に変更があった場合は、なるべく更新書類を提出する前に、早急に変更届出書を提出願います。  
 なお、変更届出が必要な事項については、変更届様式に記載のとおり（変更届記載例参照）ですが、再度、新規申請時に提出した書類を確認のうえ、変更の有無をチェックしてください。

注1 当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用されること。  
 注2 更新申請後、変更届の提出が必要な事項に変更があった場合は、別

**記載例**

※利用者数算出書の提出が必要となるのは、(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、

様式第7号(その4)【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所者生活介護用】

入所者(利用者)数算出書 [ **前年度の平均** ・ 推定 ]

( [ ] はいずれかに○を付ける)

サービス種類	(介護予防)認知症対応型共同生活介護
施設(事業所)名	高齢者グループホーム新潟
定員	18人

地域密着型介護老人福祉施設はこちらに記載

グループホーム、地域密着型特定施設、ショートステイ(空床型)はこちらに記載

前年度の利用者数の平均値の算出に当たっては、入所した日を含み、退所した日は含まないものとします。

年月		日数 A	延入所者数 B	延利用人数 C	合計 D=B+C	1日当たり平均 D/A
平成30年	4月	30日	人	300人	300人	10.0人
	5月	31日	人	341人	341人	11.0人
	6月	30日	人	360人	360人	12.0人
	7月	31日	人	403人	403人	13.0人
	8月	31日	人	403人	403人	13.0人
	9月	30日	人	420人	420人	14.0人
	10月	31日	人	465人	465人	15.0人
	11月	30日	人	480人	480人	16.0人
	12月	31日	人	527人	527人	17.0人
	平成31年	1月	31日	人	527人	527人
2月		28日	人	490人	490人	17.5人
3月		31日	人	558人	558人	18.0人
合計		365日 (A)	0人 (B)	5,274人 (C)	5,274人 (D)	
前年度の平均 又は推定数			0人 (B)÷12月	439.5人 (C)÷12月	439.5人 (D)÷12月	14.5人 (D)÷(A)

閏年に注意してください!

注 小数点第2位以下切り上げ

## 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

<b>事業所名</b>	北町デイサービスセンター		
申請提出日の前月分実績を記載してください。	地域密着型通所介護、介護予防通所介護		
	18	人	
例: 11月付更新申請日 →10月分実績を記載	間帯	9:30 ~ 16:00 ( 7.5 時間 )	

様式3-5(暦月)で作成する場合の例

有給休暇等の場合は「有」などと表示してください。

(令和元年 7月分) (1 単位目)

職種	勤務形態	氏名	曜日	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	29	30	31	備考
			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	日	月	火	水		
管理者	B	〇〇 △△		7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	×	×	有	7.0	7.0	7.0	7.0	×	×	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	×	×	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	×	×	7.0	7.0	7.0	生活相談員兼務
生活相談員	A	△△ △△		8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0		
生活相談員	B	〇〇 △△		1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	×	×	有	1.0	1.0	1.0	1.0	×	×	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	×	×	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	×	×	1.0	1.0	1.0	管理者兼務
看護職員	A	〇〇 〇〇		8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	有	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	
看護職員	B	□□ □□		8.0	8.0	8.0	6.0	6.0	×	×	8.0	8.0	8.0	6.0	6.0	×	×	8.0	8.0	8.0	6.0	6.0	×	×	8.0	有	8.0	6.0	6.0	×	×	8.0	8.0	8.0	機能訓練指導員兼務
看護職員	D	☆☆ 〇〇		2.0	2.0	2.0	4.0	4.0	×	×	2.0	2.0	2.0	4.0	4.0	×	×	2.0	2.0	2.0	4.0	4.0	×	×	2.0	2.0	2.0	4.0	4.0	×	×	2.0	2.0	2.0	機能訓練指導員兼務
機能訓練指導員	B	□□ □□		0.0	0.0	0.0	2.0	2.0	×	×	0.0	0.0	0.0	2.0	2.0	×	×	0.0	0.0	0.0	2.0	2.0	×	×	0.0	有	0.0	2.0	2.0	×	×	0.0	0.0	0.0	看護職員兼務
機能訓練指導員	D	☆☆ 〇〇		2.0	2.0	2.0	0.0	0.0	×	×	2.0	2.0	2.0	0.0	0.0	×	×	2.0	2.0	2.0	0.0	0.0	×	×	2.0	2.0	2.0	0.0	0.0	×	×	2.0	2.0	2.0	看護職員兼務 × デイサービスセンター機能訓練指導員兼務
介護職員	A	▲▲ ▲▲		8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	有	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	兼務状況を記載すること
介護職員	A	▲▲ 〇〇		8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	有	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	サービス北町訪問介護員兼務
介護職員	B	☆☆ ☆☆		4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	
介護職員	C	〇〇 ××		3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	×	×	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	×	×	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	×	×	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	×	×	3.0	3.0	3.0	1日ごとの利用者数を記入してください。
小計				23	23	23	23	23	×	×	23	23	23	23	23	×	×	15	23	23	23	23	×	×	23	23	15	23	23	×	×	23	23	23	
合計				59	59	59	59	59	×	×	51	59	59	59	59	×	×	51	59	59	59	59	×	×	59	51	51	59	59	×	×	59	59	59	
利用者数(実績)				16	17	17	18	18	×	×	16	17	17	18	18	×	×	16	17	17	18	18	×	×	16	17	17	18	18	×	×	18	17	16	

注1: 「勤務形態」欄は、常勤・専従の場合は「A」、常勤・兼務の場合は「B」、非常勤・専従の場合は「C」、非常勤・兼務の場合は「D」と記入すること。  
 注2: 1月間の勤務時間数を記入すること。公休の場合は「×」を記入すること。  
 注3: 職種ごとに分けて記載すること。  
 注4: 実施単位ごとに作成すること。

担当者名	担当者連絡先
新潟 太郎	株式会社新光町サービス TEL 025-000-0001 FAX 025-000-0002

**記載例**  
(訪問介護の場合)

※申請日現在の状態を確認するためのものです。

「新規・変更の別」「適用年月日」は記載不要です。  
加算内容に変更がある場合は別途「体制届」が必要です

更新申請書と同日

届出 令和 元 年 9 月 25 日

様式第13号(その1)

介護給付費算定に係る体制等届出書【居宅(介護予防)サービス用①】

サービス種類	訪問介護	新規・変更の別	
事業所名	高齢者支援サービス訪問介護事業所	居宅サービス	1 新規 2 変更
事業所番号		介護予防サービス	1 新規 2 変更
社会福祉法人軽減事業実施の有無【訪問介護のみ】		令和 年 月 日から適用	① なし ② あり

次の区分に該当するものとして、届け出ます。

所在地: 新潟市中央区学校町通1番町602番地1

届出者名称: 株式会社 高齢者支援サービス  
(開設者) 代表者の職・氏名: 代表取締役 新潟一郎

[法人以外の者(診療所等)である場合は、開設者の住所・氏名を記載]

連絡先TEL	025-000-1234	FAX	025-000-5678
提出担当者	氏名 高齢 福子		

提供するサービスの種類	施設等の区分	人員配置区分	届出の内容		変更	LIFEへの登録	割引	変更
			その他該当する体制等					
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 6 加算V				
			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 ② 加算I 3 加算II 4 加算III 5 加算IV 6 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				
			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							

申請日現在の状況を記入してください

誓 約 書

指定申請書と同日

令和 3年 8月 23日

（あて先）新潟市長

所在地： **新潟市中央区学校町通1番町602番地1**  
申請者（開設者） 名称： **株式会社 高齢者支援サービス**  
代表者の職及び氏名： **代表取締役 新潟 一郎**  
電話番号： **025-000-0001**  
FAX番号： **025-000-0002**

申請者、申請者の役員及び管理者は、介護保険法の以下の条項に該当しない者であることを保証します。

申請するサービスに応じて、該当するところに「○」をしてください。

- 法第78条の2第4項各号 →（地域密着型サービス事業所の場合）  
 法第115条の12第2項各号 →（地域密着型介護予防サービス事業所の場合）  
 法第115条の22第2項各号 →（介護予防支援事業所の場合）

備考

- 1 該当する条項の（ ）に○印を記入してください。
- 2 地域密着型サービスと地域密着型介護予防サービスを一体的に行う事業所であって双方の届出を併せて行う場合は、それぞれ該当する条項の（ ）に○印を記入してください。
- 3 申請者が個人の場合にあっては、「所在地」を「住所」、「名称」を「氏名」に読み替えてください。

(様式 1 1)

### 運営推進会議の構成員

全ての構成区分が含まれている必要があります。  
職名についても詳細を記載してください。

氏 名	構成区分	職名等
新潟 梅子	利用者	
新潟 松男	利用者の家族	
中央 太郎	地域住民の代表者	〇〇〇自治会 会長
中央 花子	地域包括支援センターの職員	地域包括支援センター〇〇 管理者
地域 多機子	当該事業について知見を有する者	小規模多機能ホーム〇〇〇 管理者
新潟 太郎	事業所職員	管理者兼介護支援専門員

※1 「構成区分」欄には、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市町村の職員又は地域包括支援センターの職員、当該事業について知見を有する者等の別を記入してください。事業所の出席者と役職についても記載してください。

※2 「職名等」には、地域包括支援センターの職員の職名、町内会長、民生委員等を記入してください。

記載例

※ 記載内容に変更があった場合のみ、  
提出してください。

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設の名称	認知症対応型デイサービスセンター学校町
申請するサービスの名称	(介護予防) 認知症対応型通所介護

措置の概要

1 利用者からの相談又は苦情などに対応する常設の窓口

苦情処理の窓口を以下のとおり設置する。

- ① 窓口設置場所 住所：新潟市中央区学校町〇丁目〇番〇号  
事業所名：認知症対応型デイサービスセンター学校町  
電話番号：〇〇〇-△△△-××××  
〇〇〇-△△△△-×××× (携帯番号)
- ② 窓口開設時間 午前8時30分から午後5時まで
- ③ 対応者職氏名 役職名：管理者 氏名：〇〇 太郎
- ④ その他 事業の休業日及び窓口開設時間外は、携帯電話により対応する。

ただし、住所・事業所名・電話番号・対応者氏名の変更のみの場合は、「変更なし」として差し支えありません。

⇒ 提出不要！！

2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制及び手順

- (1) 相談及び苦情の対応  
相談又は苦情電話があった場合は、原則として事業管理者が対応する。  
事業管理者が対応できない場合は、他職員が対応し、その旨を管理者に速やかに報告する。
- (2) 確認事項  
相談対応者は以下の事項について確認を行う。  
① 相談又は苦情のあった利用者の氏名、 ② 提供したサービスの種類、年月日及び時間、  
③ サービス提供した職員の氏名(利用者が分かる場合)、 ④ 具体的な苦情・相談内容、  
⑤ その他参考となる事項
- (3) 相談及び苦情処理回答期限の説明  
相談及び苦情の相手に対し、対応した職員の氏名を名乗ると共に、相談・苦情内容に対する回答期限を説明する。
- (4) 相談及び苦情処理  
概ね以下の手順により、相談・苦情について処理する。  
① 管理者を中心として相談・苦情処理のための会議を開催し、以下の内容を議論する。  
・ サービスを提供した者から概況説明  
・ 問題点の洗い出し、整理及び今後の改善についての検討  
・ 文書による回答案の検討  
② 文書により回答を作成し、利用者に対し管理者が事情説明を直接行った上で、文書を渡す。  
③ 市町村や国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行ったことを報告する。  
④ 事業実施マニュアルに改善点を追記し全職員に周知することで、再発の防止を図る。

3 その他参考事項

サービスの提供に当たり、利用マニュアルにおいて接遇などを徹底する他、適宜研修を実施し、より利用者の立場に立ったサービス提供を心がけるよう職員指導を行う。  
苦情が出された場合は、誠意を持って対応するものとし、苦情まで至らないケースであっても、利用者から相談・要望を受けた場合は、事例検討の検討材料として今後のサービスの向上に努めることとする。  
また、利用者に満足いただけるようなサービスを提供できるよう、職員の健康管理にも十分配慮する。

記載例

変更届出書の提出担当者を記入してください。(内容について確認する場合にはこの担当者へ連絡します)

提出担当者 連絡先 新光町サービス北町訪問介護 TEL 025-000-0001 FAX 025-000-0002 氏名 下越 美子

変更届出書

平成 29 年 5 月 10 日

(あて先) 新潟市長

実際に変更届を提出する日付を記載してください。(変更した日ではありません。変更日は下↓に記入欄があります)

新潟市中央区新光町〇〇番〇〇号 株式会社新光町サービス

代表者の職及び氏名： 代表取締役 新潟 二郎

指定(許可)を受けた内容を、次のとおり変更したので届け出ます。

サービスの種類の記載方法(例)

- 事業所番号が同一の場合は、居宅サービス・介護予防サービスの事業所と一括で届出を行ってください。 (介護予防)訪問介護と合わせて変更届を行う場合は... (介護予防)通所介護と合わせて変更届を行う場合は... ●基準緩和サービスについては、事業所番号が同一の場合であっても、居宅サービス・介護予防サービス及び現行相当サービスとは別に作成し、届出を行ってください。

番号 1 5 7 0 1 2 3 4 5 6

名称 新光町サービス北町訪問介護

所在地 新潟市中央区北町〇丁目〇番〇号

(介護予防)訪問介護、介護予防訪問介護相当サービス

変更の内容

(変更前) 5. 代表取締役 新潟 一郎 昭和20年8月1日生 住所:新潟市中央区学校町通〇番町〇番地〇 20. 運営規程 第5条 定休日 土、日、祝日、お盆(8/13~15)、年末年始(12/30~1/4)

変更前と変更後の内容を記載します。複数の変更事項に該当している場合は、このように1枚にまとめても良いですが、下↓の変更年月日が異なる場合は、変更事項ごとに届出を作成してください。

Table with 2 columns: Item No. (4-22) and Description (Main office location, Representative info, Service types, etc.)

(変更後) 5. 代表取締役 新潟 二郎 昭和22年3月4日生 住所:新潟市中央区白山浦〇丁目〇番〇号 20. 運営規程 第5条 定休日 第2・第4土曜日、日、祝日、お盆(8/13~15)、年末年始(12/30~1/4)

変更年月日 平成 29 年 5 月 1 日

備考1 該当項目番号に〇を付してください。 2 変更内容が分かる書類を添付してください。 3 変更が生じた日から10日以内に提出してください。

実際に変更があった日を記入する。