

# 記載例

様式第3号

提出担当者	連絡先	株式会社新光町サービス 福祉部 TEL 025-00-XXXX FAX 025-00-XXXX
	氏名	新潟 太郎

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

- 指定居宅サービス事業者
- 指定介護予防サービス事業者
- 指定居宅介護支援事業者
- 介護保険施設

指定(許可)更新申請書

提出日を記入

令和 3 年 11 月 10 日

(あて先) 新潟市長

住所 新潟市中央区新光町〇〇番地〇〇  
 申請者 名称 株式会社 新光町サービス  
 (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 二郎

介護保険法に規定する事業者(施設)に係る指定(許可)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	(フリガナ) カブシキガイシャ シンクウチョウサービス 株式会社 新光町サービス	
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 950 - 0000 ) (フリガナ) ニイガタケン ニイガタシ チュウオウクシンクウチョウ 新潟 都道 新潟 市 郡 中央区新光町〇〇番地	
更新	連絡先	電話番号 025-000-0001	FAX番号 025-000-0002
	法人の種類別	営利法人	
指定(許可)更新	代表者の職・氏名	職名 代表取締役	氏名 (フリガナ) ニイガタ シロウ 新潟 二郎
	代表者の住所	(郵便番号 950 - 1111 ) (フリガナ) ニイガタケン ニイガタシ チュウオウクハクサンクラ 新潟 都道 新潟 市 郡 中央区白山浦〇丁目〇番〇号	
更新	事業所(施設)の名称	(フリガナ) シンクウチョウサービスキタマチホウモンカイ 新光町サービス北町訪問介護	
	事業所の所在地(施設の開設の場所)	(郵便番号 950 - 2222 ) (フリガナ) ニイガタケン ニイガタシ チュウオウクキタマチ 新潟県 新潟 市 郡 中央区北町〇丁目〇番	
更新	連絡先	電話番号 025-000-0003	FAX番号 025-000-XXXX
		Eメールアドレス koreisha@city.niigata.lg.jp	
更新	指定年月日	平成27年2月1日	
	介護保険事業所番号	1 5 7 0 1 2 3 4 5 6	
更新	同一所在地において行う事業等の種類	更新申請する事業等に○印	
	訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	令和3年1月31日
	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		令和3年4月30日
	短期入所療養介護		令和3年4月30日
	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		
	居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	令和3年7月31日
	介護老人福祉施設		
介護老人保健施設			
介護医療院			

添付書類 添付書類等確認表に掲げるとおり。

注 事業所が法人以外の開設する病院、診療所又は薬局であるときは、申請者欄の「名称」を「氏名」、「主たる事務所の所在地」を「住所」、「代表者」を「開設者」に読み替え、「法人の種類別(及び法人所轄庁)」欄の記載を要しない。

# 記載例

## 訪問介護事業所の場合

### 訪問介護の更新申請に係る添付書類等確認表

障害者自立支援法に基づく居宅介護等を一体的に行っている事業所については、居宅介護等の利用者を含む。

#### 1 記載事項

利用者の数（「申請する日の属する月の前3月の実績の合計」の1月当たりの平均値）	28.7 人
※計算式：{〔①申請する日の属する月の前3月の通院等乗降介助のみの実利用者数〕の合計×0.1} + 〔②申請する日の属する月の前3月の①以外の実利用者数〕の合計} ÷ 3	
※前3月の実績がない場合は、「利用者の推定数」を記載のこと	

#### 2 添付書類の確認

添付書類 ※1から3は申請する日の属する月の前月の実績、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 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表			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る)
2 従業者の資格を証する書類			
3 介護給付費算定に係る体制等届出書			
4 申請者が法で定める指定拒否の事由に該当しないことを誓約する書類（別紙2から別紙15において「誓約書」という。）			変更があれば「有」に○、なければ
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を記載した書類	○		変更が「有」の書類について、変更後の書類を添付すること。
6 事業所（建物）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		○	

#### 3 変更届の提出状況の確認

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	○		
3 申請者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 事業所の平面図		○	
5 管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴		○	
6 サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	○		
7 運営規程		○	
8 介護給付費算定に係る体制等届出書		○	

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事務所を有するときは、「事業所」には当該事務所を含むこと。

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、別途、変更届の提出が必要であること。

※ 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。

**記載例**

様式第7号(その2)【事業開始時に前年度実績がある場合、更新申請、変更届用】

利用者(入所者)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	介護老人福祉施設・(介護予防)短期入所生活介護(空床型)	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院はこちらに記載	特定施設、ショートステイはこちらに記載 ※介護老人福祉施設と空床型・併設型のショートがある場合、介護老人福祉施設と空床型ショートで1枚、併設型で1枚作成してください。
施設(事業所)名	特別養護老人ホーム〇〇		
定員			

前年度の利用者数の平均値の算出に当たっては、入所(入院)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	
令和3年	4月 30日	2,836人	23人	2,859人	95.3人	
	5月 31日	2,836人	35人	2,871人	92.7人	
	6月 30日	2,748人	39人	2,787人	92.9人	
	7月 31日	2,908人	40人	2,948人	95.1人	
	8月 31日	2,879人	36人	2,915人	94.1人	
	9月 30日	2,767人	72人	2,839人	94.7人	
	10月 31日	2,955人	72人	3,027人	97.7人	
	11月 30日	2,926人	22人	2,948人	98.3人	
	12月 31日	2,994人	43人	3,037人	98.0人	
	令和4年	1月 31日	2,990人	54人	3,044人	98.2人
		2月 28日	2,648人	71人	2,719人	97.2人
		3月 31日	2,912人	43人	2,955人	95.4人
合計	365日 (A)	34,399人 (B)	550人 (C)	34,949人 (D)		
前年度の平均 又は推定数		2,866.6人 (B)÷12月	45.9人 (C)÷12月	2,912.5人 (D)÷12月	95.8人 (D)÷(A)	

注 小数点第2位以下切り上げ

**記載例**

**従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表**

申請提出日の前月分実績を記載してください。 例:11月に更新申請書類提出→10月分実績を記載	名	新光町サービス北町訪問介護	
	類	訪問介護、介護予防訪問介護相当サービス	
	ける常勤の従業員が1週あたりに勤務すべき時間数	40	時間
	間帯(通所リハビリテーションの場合のみ記入)	~	( 時間 )

様式3-1(4週)で作成する場合の例

(令和3年10月分)( 単位目 )

職種	勤務形態	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	備考		
			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						
			曜日	月	火	水	木	金	土	日	祝	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土					日	
管理者	A	新潟 太郎	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	×	×	160	40	1.0			
サービス提供責任者	B	新潟 花子	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	×	×	80	20	0.5	訪問介護員兼務		
訪問介護員	B	新潟 花子	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	×	×	80	20	0.5	サービス提供責任者兼務		
訪問介護員	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	×	×	160	40	1.0			
訪問介護員	C	☆☆ ☆☆	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	×	×	80	20	0.5	北町デイサービスセンター介護職員		
訪問介護員	C	□□ □□	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	×	×	80	20	0.5	××デイサービスセンター介護職員		
合計			32.0	32.0	×	×	32.0	0.0	0.0	32.0	32.0	×	×	32.0	0.0	0.0	32.0	32.0	×	×	32.0	0.0	0.0	32.0	32.0	×	×	32.0	0.0	0.0	640	160	4.0			

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: 4週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: 職種ごとに小計を付けて分けること。

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

兼務状況を記載すること

**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。

更新申請書と同日

様式第13号(その1)

届出 令和3年11月10日

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	新光町サービス北町訪問介護	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	
事業所番号		1 5 7 0 1 2 3 4 5 6	年	月	日から適用
社会福祉法人軽減事業実施の有無【訪問介護のみ】		① なし	2 あり		

所在地: 新潟市中央区新光町〇〇番地〇〇

届出者 名称: 株式会社新光町サービス

(開設者) 代表者の職・氏名: 代表取締役 新潟二郎

[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]

提出担当者	連絡先TEL	025-000-1234	FAX	025-000-5678
	氏名	福祉課 新潟太郎		

次の区分に該当するものとして、届け出ます。

提供するサービスの種類	施設等の区分		人員配置区分		その他の該当する体制等		変更	LIFEへの登録	割引	変更	
	変更	変更	変更	変更	変更	変更					
訪問介護	① 身体介護				① 定期巡回の指定を受けていない		① なし	① なし			
	② 生活援助				2 定期巡回の指定を受けている		2 あり	2 あり			
	③ 通院等乗降介助				3 定期巡回の整備計画がある						
					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					
					介護職員等特定処遇改善加算	1 なし ② 加算I 3 加算II					
				介護職員等ベースアップ等支援加算	1 なし ② あり						
<p>申請日現在の状況を記入してください</p>											

## 記載例

様式第4号（その1）【新規指定（許可）申請、更新申請用】

## 誓 約 書

指定申請書と同日

令和 3年 11月 10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70条第2項各号 →（居宅サービス事業所の場合）
- 法第115条の2第2項各号 →（介護予防サービス事業所の場合）
- 法第79条第2項各号 →（居宅介護支援事業所の場合）
- 法第86条第2項各号 →（介護老人福祉施設の場合）
- 法第94条第3項各号 →（介護老人保健施設の場合）
- 法第107条第3項各号 →（介護医療院の場合）

### 備考

- 1 該当する条項の（ ）に○印を記入してください。
- 2 居宅サービスと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。