

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年 月 日

殿 (名称)
申請者 (代表者の職名・氏名)

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

申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 県 都市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
		Email				
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名		生年月日
代表者の住所	(郵便番号 -) 県 都市					
指定事業を受けようとする種類	同一所在地において行う事業等の種類	指定申請対象事業等 (該当事業に○)	既に指定(登録)を受けている事業等 (該当事業に○)	指定申請をする事業等の 開始予定年月日	様式	
	介護予防訪問介護相当サービス				付表1	
	緩和した基準による訪問型サービス					
	介護予防通所介護相当サービス				付表2	
	緩和した基準による通所型サービス					
既に指定(登録)を受けている事業所の種類	訪問介護			/		
	基準該当訪問介護					
	通所介護					
	基準該当通所介護					
	地域密着型通所介護					
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)					
指定を受けている他市町村名						
医療機関コード等	: : : : : : : : (保険医療機関として指定を受けている場合)					

備考 1 「指定申請対象事業等」「既に指定(登録)を受けている事業等」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

付表1 訪問型サービス事業所の指定に係る記載事項

 介護予防訪問介護相当サービス

 緩和した基準による訪問型サービス

事業所	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
Email					
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
	氏 名				
	生年月日				
	訪問介護員等との兼務の有無			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称			
	兼務する職種及び勤務時間等				
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種・員数		訪問介護員等			
		専 従		兼 務	
		常 勤(人)			
		非常勤(人)			
常勤換算後の人数(人)					
利用者の推定数(人)					
サービス提供責任者 ※介護予防訪問介護相当サービス	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
	氏 名				
	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
	氏 名				
添付書類	別添のとおり				

(訪問型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市		
	連絡先	電話番号		FAX番号
Email				

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

3 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

(別添)

付表1 訪問型サービス事業所の指定に係る記載事項 添付書類・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	従業員の勤務体制及び勤務 形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	サービス提供責任者の経歴 ※介護予防訪問介護相当 サービス		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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	参考様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	誓約書	参考様式5	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類(指定権者が不要と認めた書類を除く)を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

※3 3「サービス提供責任者の経歴」は、次の書類に代えることが可能です(通知「指定訪問介護事業者の指定申請等におけるサービス提供責任者の経歴に係る提出書類の取扱いについて」(平成20年7月29日老振発第0729002号))。
(1)介護福祉士の場合、「介護福祉士登録証」
(2)介護職員基礎研修課程修了者及び訪問介護に関する1級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」
(3)訪問介護に関する2級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」及び「3年以上介護等の業務に従事したことがわかる書類」

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電話	
メールアドレス	

付表2 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項

介護予防通所介護相当サービス 緩和した基準による通所型サービス

事業所	フリガナ					
	名 称					
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)
	氏 名					
	生年月日					
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)					
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	名称				
		兼務する職種 及び勤務時間等				
○ 人員に関する基準の確認に必要な事項						
従業者の職種・員数		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員	
常勤(人)						
非常勤(人)						
○ 設備に関する基準の確認に必要な事項						
食堂及び機能訓練室の合計面積		m ²				
営業時間		~				
サービス提供時間		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)				
利用定員		人 単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人				
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他				
添付書類		別添のとおり				

(通所型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ					
	名 称					
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
○ 設備に関する基準の確認に必要な事項						
食堂及び機能訓練室の合計面積		m ²				
営業時間		~				
サービス提供時間		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)				
利用定員		人 単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人				
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他				
添付書類		平面図				

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
 4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

(別添)

付表2 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項 添付書類・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	従業員の勤務体制及び勤務 形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	設備等一覧表	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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	参考様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	誓約書	参考様式5	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類(指定権者が不要と認めた書類を除く)を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電 話	
メールアドレス	

第2号様式

変更届出書

年 月 日

殿 申請者 住所
(所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		介護保険事業所番号	:	:	:	:	:	:	:	:	:
指定内容を変更した事業所等		名称									
		所在地									
サービスの種類											
変更年月日		年			月			日			
変更があった事項(該当に○)		変更の内容									
	事業所の名称	(変更前)									
	事業所の所在地										
	申請者の名称										
	主たる事務所の所在地										
	代表者の氏名、生年月日及び住所										
	登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)										
	事業所の建物の構造及び平面図並びに設備の概要	(変更後)									
	利用者の推定数、利用者の定員										
	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所										
	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴										
	運営規程										
	その他										

備考 「(参考)変更届への標準添付書類一覧」を確認し、必要書類を添付してください。

再開届出書

年 月 日

殿
住所
申請者 (所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号	：	：	：	：	：	：	：	：
再開した事業所	名称								
	所在地								
サービスの種類									
再開した年月日	年 月 日								

備考 事業の再開に係る届出にあつては、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)を添付してください。

第3号様式

廃止・休止届出書

年 月 日

殿
 申請者 住所
 (所在地)
 氏名
 (名称及び代表者氏名)

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

	介護保険事業所番号	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
廃止(休止)する事業所	名称										
	所在地										
サービスの種類											
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止										
廃止・休止する年月日	年 月 日										
廃止・休止する理由											
現にサービスを受けている者に対する措置											
休止予定期間	休止日 ~ 年 月 日										

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

指定更新申請書

年 月 日

殿 (名称)
申請者 (代表者の職名・氏名)

介護保険法に規定する事業所に係る指定の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。

申請者	フリガナ 名称	-----		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
		Email		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ ----- 氏名	生年月日
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市		
事業所	事業等の種類		介護保険事業所番号	: : : : : : : :
	指定有効期間満了日			
	フリガナ 名称	-----		
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市		
		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		
	フリガナ 名称	-----		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市		
管理者	フリガナ 氏名		生年月日	
	住所	(郵便番号 ー) 県 郡市		

別添 1 誓約書(参考様式5)

(1) 4週
 (2) 予定
 時間/週 160
 時間/月 30
 日

(3)事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数 40 時間/週 当月の日数

No	(4) 職種	(5) 勤務形態	(6) 資格	(7) 氏名	(8)																												(10) 週平均勤務時間数	(11) 勤務状況 (兼務先/兼務する職務の内容) 等		
					1:週目			2:週目			3:週目			4:週目			5:週目			(9)1~4週目の勤務時間数合計																
					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	
1					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	木	0	0		
2																																		0	0	
3																																		0	0	
4																																		0	0	
5																																		0	0	
6																																		0	0	
7																																		0	0	
8																																		0	0	
9																																		0	0	
10																																		0	0	
11																																		0	0	
12																																		0	0	
13																																		0	0	
14																																		0	0	
15																																		0	0	
16																																		0	0	
17																																		0	0	
18																																		0	0	

※介護予防訪問介護相当サービスの場合 (12)サービス提供責任者の配置基準 (前3か月の利用者数) (新規申請の場合は推定数)

	1月	2月	3月	合計
要介護者				0
要支援者等				0
合計	0	0	0	0

(平均利用者数) 0

平均利用者数 $\frac{0}{40} = 0.0 \Rightarrow 1.0$ 以上 (小数点第1位に切り上げ)

サービス提供責任者の必要配置人数

※) 以下の要件を全て満たさず場合、利用者の数が50人またはその端数を増すごとに1人以上可

- ・常勤のサービス提供責任者を3人以上配置
- ・サービス提供責任者の業務に主として従事する者を1人以上配置
- ・サービス提供責任者が行う業務が効率的に行われている

(13)【任意入力】人員基準の確認 (訪問介護員)

勤務形態	勤務時間数合計		週平均	常勤換算方法対象外の人
	当月合計	週平均		
A	0	0.0	0.0	0
B	0	0.0	0.0	0
C	0	0.0	0.0	-
D	0	0.0	0.0	-
合計	0	0.0	0.0	0

■ 常勤換算方法による人数 基準: 週

常勤換算の対象時間数 $\frac{0}{40} = 0.0$

常勤換算後の人数 0.0 (小数点第2位以下切り捨て)

■ 訪問介護員等の常勤換算方法による人数

常勤換算方法対象外の人 0

常勤換算方法による人数 $0.0 + 0.0 = 0.0$ 合計

(勤務形態の記号)

記号	区分
A	常勤で専従
B	常勤で兼務
C	非常勤で専従
D	非常勤で兼務

(1) 4週 (2) 予定 (3) 時間/週 (4) 時間/月 (5) 当日の日数

(3)事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数

Main table with columns for No, (4) 職種, (5) 勤務形態, (6) 資格, (7) 氏名, (8) 1-5週目の勤務時間, (9) 1-4週目の勤務時間合計, (10) 週平均勤務時間数, (11) 勤務状況 (兼務先/兼務する職務の内容) 等.

※介護予防訪問介護相当サービスの場合

(12) サービス提供責任者の配置基準 (前3か月の利用者数) (新規申請の場合は推定数)

Table showing monthly counts for staff categories: 要介護者, 要支援者等, 合計.

平均利用者数 (※) 46.0 ÷ 40 = 1.2 ⇒ 1.2人以上 (小数点第1位に切り上げ)

- (※) 以下の要件を全て満たす場合、利用者の数が50人またはその端数を増すごとに1人以上可
・常勤のサービス提供責任者を3人以上配置
・サービス提供責任者の業務に主として従事する者を1人以上配置
・サービス提供責任者が行う業務が効率的に行われている

(13) 【任意入力】人員基準の確認 (訪問介護員)

Table for staff confirmation with columns for 勤務形態, 当月合計, 週平均, 常勤換算の対象時間数, 常勤換算方法の対象者の人数.

■ 常勤換算方法による人数 基準: 1週
常勤換算の対象時間数 (週平均) 108 ÷ 40 = 2.7
■ 訪問介護員等の常勤換算方法による人数
常勤換算方法の対象者の人数 2 + 2.7 = 4.7人

(勤務形態の記号)

Table for staff status codes: A 常勤で専従, B 常勤で兼務, C 非常勤で専従, D 非常勤で兼務.

＜提出不要＞

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 記入方法 (訪問型サービス)

- 直接入力する必要がある箇所です。
- プルダウンから選択して入力する必要がある箇所です。

下記の記入方法に従って、入力してください。

・最初に「年月欄」「サービス種別」「事業所名」を入力してください。

- 「4週」「暦月」のいずれかを選択してください。
- 「予定」「実績」「予定・実績」のいずれかを選択してください。（「予定・実績」は予定と実績が同じだったことを示す場合に選択してください。）
- 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数を入力してください。
- 従業者の職種について、下記のうち該当する職種をプルダウンより選択してください。（直接入力も可能です。）
記入の順序は、職種ごとにまとめてください。

No	職種名
1	管理者
2	サービス提供責任者
3	訪問介護員

※介護予防訪問介護相当サービスの場合、サービス提供責任者は介護訪問員から選任しますが、この場合は「サービス提供責任者」として1行にまとめて記入してください。

- 従業者の勤務形態について、下記のうち該当する区分の記号をプルダウンより選択してください。
記入の順序は、各職種の中で勤務形態の区分ごとにまとめてください。

記号	区分
A	常勤で専従
B	常勤で兼務
C	非常勤で専従
D	非常勤で兼務

（注）常勤・非常勤の区分について

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していることをいいます。**雇用の形態は考慮しません。**
（例えば、常勤者は週に40時間勤務することとされた事業所であれば、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業者は常勤扱いとなります。）

- 従業者の保有する資格について、該当する資格名称をプルダウンより選択してください。（直接入力も可能です。）
保有資格を全て記入するのではなく、人員基準上、求められる資格等を入力してください。
※選択した資格及び研修に関して、必要に応じて、資格証又は研修修了証等の写しを添付資料として提出してください。
- 従業者の氏名を記入してください。
- 申請する事業に係る従業者（管理者を含む。）の1ヶ月分の勤務時間を入力してください。
※ 指定基準の確認に際しては、4週分の入力で差し支えありません。
- 従業者ごとに、合計勤務時間数が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。
※ 入力することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とします。
- 従業者ごとに、週平均の勤務時間数が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。
- 申請する事業所以外の事業所・施設との兼務がある場合は、兼務先の事業所・施設の名称、兼務する職務の内容について記入してください。
同一事業所内の兼務についても兼務する職務の内容を記入してください。
その他、特記事項欄としてもご活用ください。
- 前3か月の利用者数をそれぞれの欄に入力してください。新規または再開の場合は、推定数とします。
- 【任意入力】訪問介護員について、各欄に該当する数字を入力し、常勤換算後の人数を算出してください。
 - 常勤換算方法とは、非常勤の従業者について「事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者については常勤換算方法によらず、実人数で計算する。
したがって、勤務形態「A：常勤で専従」及び「B：常勤で兼務」については、実態に応じて「常勤換算の対象時間数」及び「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」を確認し、手入力すること。
 - 職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものと、1（常勤）として取り扱うことが可能です。この場合、勤務形態の記号は「A」または「B」とし、人員基準の確認の表においては、「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」の欄に1（人）として入力してください。また、「(11)兼務状況等」の欄に「短時間勤務制度利用」と記入してください。

【留意事項】

- ・初期設定では、誤入力防止のため「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のシートに保護がかかっていますので、行の追加・削除等を行う場合は「シートの保護」を解除してください。（「校閲」⇒「シート保護の解除」をクリック。PWは設定していません。再度、シートを保護する場合は、「シートの保護」⇒「OK」をクリック。）
- ・従業者の入力行が足りない場合は、適宜、行を追加してください。その際、計算式及びプルダウンの設定に支障をきたさないよう留意してください。
- ・「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」（参考様式）には計算式を設定していますが、入力の補助を目的とするものですので、結果については作成者の責任にてご確認ください。
- ・必要項目を満たしていれば、各事業所で使用するシフト表等をもって代替書類として差し支えありません。

1. サービス種別

No	サービス種別名
1	介護予防訪問介護担当サービス
2	緩和した基準による訪問型サービス
3	
4	
5	

2. 職種名・資格名称

職種名	管理者	サービス提供責任者	訪問介護員					
	介護福祉士	介護福祉士	訪問介護員	—	—	—	—	—
	看護師	看護師	看護師					
	准看護師	准看護師	准看護師					
	実務者研修修了者	実務者研修修了者	実務者研修修了者					
	旧介護職員基礎研修課程修了者	旧介護職員基礎研修課程修了者	介護職員初任者研修修了者					
	旧ホームヘルパー1級課程修了者	旧ホームヘルパー1級課程修了者	生活援助従事者研修修了者					
資格	共生型訪問介護のサービス提供責任者	旧介護職員基礎研修課程修了者	旧介護職員基礎研修課程修了者					
	—	—	旧ホームヘルパー1級課程修了者					
	—	—	旧ホームヘルパー2級課程修了者					
	—	—	—					
	—	—	—					
	—	—	—					
	—	—	—					

【自治体の皆様へ】

※ INDIRECT図表使用のため、以下のとおりセルに「名前の定義」をしています。

12行目・・・「職種」

C列・・・「管理者」

D列・・・「サービス提供責任者」

E列・・・「訪問介護員」

※自治体の条例により定められた資格等、自治体独自の資格を追加する必要がある場合は、上表の空欄に資格名称を追加してください。行が足りない場合は、適宜追加してください。

※職種を追加したい場合は、12行目に職種名を追加し、それぞれの列に必要な資格を入力してください。

その後、以下の手順で必要資格について「名前の定義」をします。

- ・「款式」タブ ⇒ 「名前の定義」を選択
- ・「名前」に職種名を入力
- ・「参照範囲」にその職種の必要資格を範囲設定する ⇒ OKボタン

編集したい場合は、「款式」タブ ⇒ 「名前の管理」で編集してください。

令和 4 (2022) 年 4 月

サービス種別 (介護予防通所介護相応サービス)
事業所名 ()

(1) 4週
予定

(2) 160時間/週

40時間/週
当月の日数

単位

1単位目

0 (計 0 時間)

(3) 事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数

(4) 事業所全体のサービス提供単位数

(5) 当該サービス提供単位のサービス提供時間

No	(6) 職種	(7) 勤務形態	(8) 資格	(9) 氏名	(10)																														(11) 1～4週目の勤務時間数合計	(12) 勤務時間数	(13) 業務状況 (業務内容及び業務とする職務の内容) 等		
					1週目			2週目			3週目			4週目			5週目																						
					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					
1		シフト記号 勤務時間数																																	0	0			
2		シフト記号 勤務時間数																																	0	0			
3		シフト記号 勤務時間数																																	0	0			
4		シフト記号 勤務時間数																																	0	0			
5		シフト記号 勤務時間数																																	0	0			
6		シフト記号 勤務時間数																																	0	0			
7		シフト記号 勤務時間数																																	0	0			
8		シフト記号 勤務時間数																																	0	0			
9		シフト記号 勤務時間数																																	0	0			
10		シフト記号 勤務時間数																																	0	0			
11		シフト記号 勤務時間数																																	0	0			
12		シフト記号 勤務時間数																																	0	0			
13		シフト記号 勤務時間数																																	0	0			
					(14) サービス提供時間内の勤務延長時間数 (生活相談員)																																		
					(15) サービス提供時間内の勤務延長時間数 (介護職員)																																		
					(16) 利用者数																																		
					(17) サービス提供時間 (平均提供時間)																																		
					(18) 確保すべき介護職員の勤務時間数																																生活相談員		
																																					看護職員		
																																					介護職員		
																																					機能訓練指導員		
(参考)																																					(19) 1日の職種別人員内訳		

《要提出》

■シフト記号表（勤務時間帯）

※24時間表記 休憩時間1時間は「1:00」、休憩時間45分は「00:45」と入力してください。

No	記号	勤務時間			サービス提供時間		サービス提供時間内の勤務時間		自由記載欄
		始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間	勤務時間	開始時刻	終了時刻	勤務時間	
1	a	9:00	18:00	1:00	8	9:30	16:30	7	
2	b			0:00	0	0:00	0:00	0	
3	c			0:00	0	0:00	0:00	0	
4	d			0:00	0	0:00	0:00	0	
5	e			0:00	0	0:00	0:00	0	
6	f			0:00	0	0:00	0:00	0	
7	g			0:00	0	0:00	0:00	0	
8	h			0:00	0	0:00	0:00	0	
9	i			0:00	0	0:00	0:00	0	
10	j			0:00	0	0:00	0:00	0	
11	k			0:00	0	0:00	0:00	0	
12	l			0:00	0	0:00	0:00	0	
13	m			0:00	0	0:00	0:00	0	
14	n			0:00	0	0:00	0:00	0	
15	o			0:00	0	0:00	0:00	0	
16	p			0:00	0	0:00	0:00	0	
17	q			0:00	0	0:00	0:00	0	
18	r			0:00	0	0:00	0:00	0	
19	s			0:00	0	0:00	0:00	0	
20	t			0:00	0	0:00	0:00	0	
21	u				1			1	
22	v				2			2	
23	w				3			3	
24	x				4			4	
25	y				4			3	
26	z				5			5	
27	休				0			0	休日
28	-								
29	-								
30	-								

・職種ごとの勤務時間を「○：○○～○：○○」と表記することが困難な場合は、No21～30を活用し、勤務時間数のみを入力してください。
 ・No1～20は始業時刻・終業時刻・休憩時間等を入力すると勤務時間数が計算されますが、入力の補助を目的とするものですので、結果に誤りがないかご確認ください。

- ・シフト記号が足りない場合は、適宜、行を追加してください。
- ・シフト記号は、適宜、使いやすい記号に変更していただいています。
- ・介護予防通所介護相当サービスにおける「確保すべき従業者の勤務延長時間」には、「最低限確保すべきとされている程度の休憩時間は含めて差し支えない」としており、「サービス提供時間内の勤務時間」の計算にあたってその休憩時間を差し引く必要はないのでご注意ください。（上記「U」列）

平成24年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.1) (平成24年3月16日)

問63 通所介護において、確保すべき従業者の勤務延長時間は、実労働時間しか算入できないのか。休憩時間はどのように取扱うのか。

(答) 労働基準法第34条において最低限確保すべきとされている程度の休憩時間については、確保すべき勤務延長時間に含めて差し支えない。ただし、その場合においても、居宅基準第93条第3項を満たす必要があることから、介護職員以外で利用者が同一時間帯に一齐に休憩を取ることがないようには、介護職員が常時1名しか配置されていない事業所については、当該職員が休憩を取る時間帯に、介護職員以外で利用者に対して直接ケアを行う職員（居宅基準第93条第1項第1号の生活相談員又は同項第2号の看護職員）が配置されれば、居宅基準第93条第3項の規定を満たすものとして取り扱って差し支えない。

このような取扱いは、通常の常勤換算方法とは異なりサービス提供時間内において必要な労働力を確保しつつピークタイムに手厚く配置することを可能とするなど、交代で休憩を取得したとしても必ずしもサービスの質の低下には繋がらないと考えられる通所介護（療養通所介護は除く）に限って認められるものである。

なお、管理者は従業者の雇用管理を一元的に行うものとされていることから、休憩時間の取得等について労働関係法規を遵守すること。認知症対応型通所介護についても同様の考え方とする。

(参考様式1) 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覽表

令和 4 年 4 月

サービス種別 ()
介護予防通所介護相当サービス
事業所名 ()
○○デイサービス

【記載例】

(1) 4週
(2) 予定
時間/週 40
時間/月 160
当日の日数 30
単位 1
単位目 1
(計) 7 (時間)

(3) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数 40 時間/週

当月の日数

(4) 事業所全体のサービス提供単位数

(5) 当該サービス提供単位のサービス提供時間 9:30 ~ 16:30 (単位目)

No	(6) 職種	(7) 勤務形態	(8) 資格	(9) 氏名	(10)																															(11) 1~4週目の勤務時間数合計	(12) 勤務時間数	(13) 業務状況(業務先及び業務する職務の内容)等						
					1週目			2週目			3週目			4週目			5週目																											
					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												
1	管理者	A	—	〇〇〇〇	シフト記号	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	160	40	介護職員								
					勤務時間数	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8		8	8	140	35				
2	生活相談員	A	社会福祉士	〇〇〇〇	シフト記号	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	160	40	介護職員								
					勤務時間数	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8		8	8	8	140	35			
3	生活相談員	B	社会福祉士主任任用資格	〇〇〇〇	シフト記号	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	64	16	介護職員							
					勤務時間数	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8		8	8	8	56	14		
4	看護職員	B	看護師	〇〇〇〇	シフト記号	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	64	16	機能訓練指導員、介護職員						
					勤務時間数	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		4	4	4	64	16	
5	看護職員	D	准看護師	〇〇〇〇	シフト記号	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	48	12	機能訓練指導員					
					勤務時間数	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		4	4	4	48	12
6	介護職員	B	—	〇〇〇〇	シフト記号	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	96	24	生活相談員				
					勤務時間数	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8		8	8	8	84
7	介護職員	B	—	〇〇〇〇	シフト記号	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	32	8	看護職員、機能訓練指導員			
					勤務時間数	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		4	4	28
8	介護職員	A	介護福祉士	〇〇〇〇	シフト記号	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	160	40	看護職員、介護職員			
					勤務時間数	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8		8	8	8
9	介護職員	A	—	〇〇〇〇	シフト記号	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	160	40	看護職員、介護職員		
					勤務時間数	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8		8	8
10	機能訓練指導員	B	看護師	〇〇〇〇	シフト記号	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	64	16	看護職員、介護職員		
					勤務時間数	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		4	4
11	機能訓練指導員	D	看護師	〇〇〇〇	シフト記号	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	48	12	看護職員		
					勤務時間数	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		4	4
12					シフト記号																																		0	0				
13					シフト記号																																			0	0			
					勤務時間数																																							0
(14) サービス提供時間内の勤務延長時間数 (生活相談員)					7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	196	49				
(15) サービス提供時間内の勤務延長時間数 (介護職員)					14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	392	98		
(16) 利用者数					20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20				
(17) サービス提供時間 (平均提供時間)					7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7				
(18) 確保すべき介護職員の勤務時間数					14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14			
(参考)					1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
看護職員					2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2					
介護職員					1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
機能訓練指導員					1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
(19) 1日の職種別人員内訳																																												

<提出不要>

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 記入方法 (通所型サービス)

- ・・・直接入力する必要がある箇所です。
 - ・・・プルダウンから選択して入力する必要がある箇所です。
- 下記の記入方法に従って、入力してください。

なお、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」に「シフト記号表(勤務時間帯)」も必ず添付して提出してください。

・最初に「年月欄」「サービス種別」「事業所名」を入力してください。

- (1) 「4週」「暦月」のいずれかを選択してください。
- (2) 「予定」「実績」「予定・実績」のいずれかを選択してください。(「予定・実績」は予定と実績が同じだったことを示す場合に選択してください。)
- (3) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数を入力してください。
- (4) 事業所全体のサービス提供単位数及び、本シートに記入する単位目を入力してください。
- (5) 当該サービス提供単位のサービス提供時間を入力してください。(送迎時間は含まれません。)
- (6) 従業者の職種について、下記のうち該当する職種をプルダウンより選択してください。(直接入力も可能です。)
記入の順序は、職種ごとにまとめてください。

No	職種名
1	管理者
2	生活相談員
3	看護職員
4	介護職員
5	機能訓練指導員

- (7) 従業者の勤務形態について、下記のうち該当する区分の記号をプルダウンより選択してください。
記入の順序は、各職種の中で勤務形態の区分ごとにまとめてください。

記号	区分
A	常勤で専従
B	常勤で兼務
C	非常勤で専従
D	非常勤で兼務

(注) 常勤・非常勤の区分について

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していることをいいます。**雇用の形態は考慮しません。**
(例えば、常勤者は週に40時間勤務することとされた事業所であれば、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業者は常勤扱いとなります。)

- (8) 従業者の保有する資格について、該当する資格名称をプルダウンより選択してください。(直接入力も可能です。)
保有資格を全て記入するのではなく、人員基準上、求められる資格等を入力してください。
※選択した資格及び研修に関して、必要に応じて、資格証又は研修修了証等の写しを添付資料として提出してください。
 - (9) 従業者の氏名を記入してください。
 - (10) 申請する事業に係る従業者(管理者を含む。)の1ヶ月分の勤務時間を入力してください。(別シートの「シフト記号表」を作成し、シフト記号を選択してください。)
※指定基準の確認に際しては、4週分の入力力で差し支えありません。
 - (11) 従業者ごとに、合計勤務時間数が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。
※入力することができる勤務時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とします。
 - (12) 従業者ごとに、週平均の勤務時間数が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。
 - (13) 申請する事業所以外の事業所・施設との兼務がある場合は、兼務先の事業所・施設の名称及び兼務する職務の内容について記入してください。
同一事業所内の兼務についても兼務する職務の内容を記入してください。
その他、特記事項欄としてもご活用ください。
 - (14) 介護予防通所介護相当サービスの生活相談員がサービス提供時間内に勤務する時間数の合計(勤務延時間数)が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。
 - (15) 介護職員がサービス提供時間内に勤務する時間数の合計(勤務延時間数)が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。
 - (16) 利用者数は、単位ごとの利用者の実人数(予定の場合は定員数)を入力してください。
 - (17) サービス提供時間(平均提供時間)を入力してください。(平均提供時間=利用者ごとの提供時間数の合計を利用者数で除して得た数)
 - (18) 介護予防通所介護相当サービスの確保すべき介護職員の勤務時間数が自動計算されます。(15)(16)を入力しないと計算されません。)
- (参考)
- (19) 1日の職種別人員内訳が自動カウントされますので、誤りがないか確認してください。職種を追加したい場合は、機能訓練指導員の下に1種追加可能です。
(追加した職種の人員内訳を自動計算させるためには、職種名称は(5)職種と一致させる必要があります。)

【留意事項】

- ・初期設定では、誤入力防止のため「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のシートに保護がかかっていますので、行の追加・削除等を行う場合は「シートの保護」を解除してください。
(「校閲」⇒「シート保護の解除」をクリック。PWは設定していません。再度、シートを保護する場合は、「シートの保護」⇒「OK」をクリック。)
- ・従業者の入力行が足りない場合は、適宜、行を追加してください。その際、計算式及びプルダウンの設定に支障をきたさないよう留意してください。
- ・「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」(参考様式)には計算式を設定していますが、入力の補助を目的とするものですので、結果については作成者の責任にてご確認ください。
- ・必要項目を満たしていれば、各事業所で使用するシフト表等をもって代替書類として差し支えありません。

1. サービス種別

No	サービス種別
1	介護予防通所介護担当サービス
3	2種以上の基準による通所型サービス
4	
5	

2. 職種名・資格名称

職種名	管理者	生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員				
	社会福祉士		看護師	介護福祉士					
	社会福祉士 専任資格		准看護師		理学療法士				
	精神保健福祉士				作業療法士				
					言語聴覚士				
					養護師				
					准看護師				
					送迎ドライバー				
					介護福祉士				
					あん摩マッサージ指圧師				
					はり師				
					きゅう師				
資格									

【自治体の皆様へ】

※ INDIRECT関数使用のため、以下のとおりセルに「名前の定義」をしています。

C12~L12・・・「職種」

C列・・・「管理者」

D列・・・「生活相談員」

E列・・・「看護職員」

F列・・・「介護職員」

G列・・・「機能訓練指導員」

※自治体の系列により定められた条件等、自治体独自の資格を追加する必要がある場合は、上表の空欄に資格名称を追加してください。
行が足りない場合は、追加追加してください。

※職種を追加したい場合は、12行目に職種名を追加し、それぞれの列に必要資格を入力してください。

その後、以下の手順で必要資格について「名前の定義」をします。

・「数式」タブ ⇒ 「名前の定義」を選択

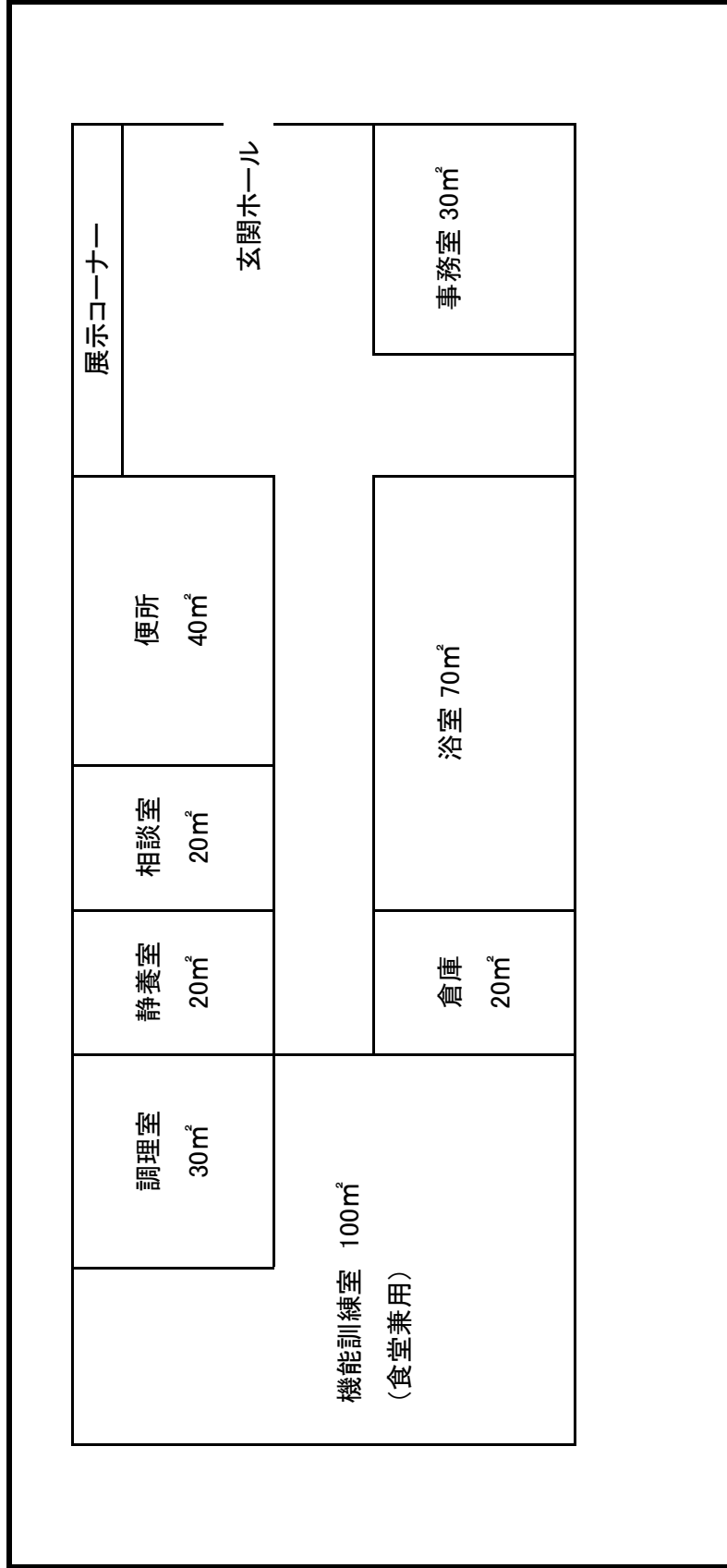
・「名前」に職種名を入力

・「参照範囲」にその職種の必要資格を範囲設定する ⇒ OKボタン

編集したい場合は、「数式」タブ ⇒ 「名前の管理」で編集してください。

(参考様式2)
平面図

	事業所名
--	------



- 備考 1 必ずしも本様式によらず、各室の用途及び面積の分かるものであれば、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 各室の用途及び面積を記載してください。
- 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)

設備等一覧表

サービス種類 ()
事業所名 ()

チェック欄	設備の種類	設備基準上適合すべき項目
	(例)消火設備その他非常災害に際して必要な設備	

備考 1 申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、付表及び平面図で確認できる項目以外の事項について記載してください。
2 「設備の種類」及び「設備基準上適合すべき項目」については、予め指定権者が、サービス毎に確認すべき内容を本様式に記載し、申請者が「チェック欄」を記入して提出する形とすることを推奨します。

(参考様式4)

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	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。

誓約書

年 月 日

殿

申請者 (名称)

(代表者の職名・氏名)

申請者が、介護保険法第115条の45の5第2項に規定する厚生労働省令で定める基準(平成11年厚生省令第36号 介護保険法施行規則第140条の63の6)に従って適正に第一号事業を行うことができないと認められるものに該当しないことを誓います。

記

【介護保険法施行規則第140条の63の6】

(法第115条の45の5第2項の厚生労働省令で定める基準)

法第115条の45の5第2項に規定する厚生労働省令で定める基準は、市町村が定める基準であって、次のいずれかに該当するものとする。

- 一 第一号事業(第一号生活支援事業を除く。)に係る基準として、次に掲げるいずれかに該当する基準
- イ 介護保険法施行規則等の一部を改正する省令(平成27年厚生労働省令第4号)附則第2条第3号若しくは第4条第3号の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第35号。ロにおいて「旧指定介護予防サービス等基準」という。)に規定する旧介護予防訪問介護若しくは旧介護予防通所介護に係る基準の例による基準又は指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第37号。ロにおいて「指定介護予防支援等基準」という。)に規定する介護予防支援に係る基準の例による基準
- ロ 旧指定介護予防サービス等基準に規定する基準該当介護予防サービス(旧介護予防訪問介護及び旧介護予防通所介護に係るものに限る。)に係る基準又は指定介護予防支援等基準に規定する基準該当介護予防支援に係る基準の例による基準
- ハ 平成26年改正前法第54条第1項第3号又は法第59条第1項第2号に規定する離島その他の地域であって厚生労働大臣が定める基準に該当するものに住所を有する居宅要支援被保険者等が、平成26年改正前法第54条第1項第3号又は法第59条第1項第2号に規定するサービスを受けた場合における当該サービスの内容を勘案した基準
- ニ 第一号事業に係る基準として、当該第一号事業に係るサービスの内容等を勘案した基準(前号に掲げるものを除く。)

(参考) 変更届への標準添付書類一覧

項目	変更届への標準添付書類	留意事項	介護予防訪問介護相当サービス	緩和した基準による訪問型サービス	介護予防通所介護相当サービス	緩和した基準による通所型サービス
事業所の名称及び所在地	-	【関連して変更となる可能性がある事項】 ・運営規程 ・事業所の平面図等 代表者の姓、住所または職名の変更のみの場合は、誓約書は不要	○	○	○	○
申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	・登記事項証明書又は条列等 ・誓約書		○	○	○	○
登記事項証明書又は条列等	・登記事項証明書又は条列等		○	○	○	○
事業所の平面図	・平面図（参考様式2）		○	○	○	-
建物の構造概要及び平面図	・建物の構造概要及び平面図（付票2、参考様式2）		-	-	○	○
設備の概要	・設備等一覧表（参考様式3）		-	-	○	○
利用者の推定数	・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ・（必要に応じて）資格証の写し		○	○	-	-
利用者の定員	・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ・（必要に応じて）資格証の写し		-	-	○	○
事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所	-	・管理者が「常勤」であること ・管理者が兼務する職種がある場合は、「管理者が当該事業所で兼務する他の職種、管理者が兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設の名称及び兼務する職種・勤務時間等」を変更届出書に明記すること。 （管理者の勤務状況がわかる資料（従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表等）の添付でも可とする。）	○	○	○	○
サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	・サービス提供責任者の経歴 ※介護福祉士登録証の写し等に代えることが可能 （平成20年7月29日老振発第0729002号） ・資格証の写し（サービス提供責任者の資格要件を満たす資格証の写しのみで可） ・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表		○	-	-	-
運営規程	・変更後の運営規程 ・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ・（必要に応じて）資格証の写し		○	○	○	○
【変更事項が以下の①～③のいずれかの場合】 ①従業者の職種、員数及び職務の内容 ②営業日及び営業時間 ③利用定員数	・変更後の運営規程		○	○	○	○
運営規程	・変更後の運営規程		○	○	○	○
【変更事項が上記の①～③以外の場合】	-		○	○	○	○