

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定内容変更届出書

年 月 日

久留米市長 あて

所在地

事業者 名称 印

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<br>事業所番号 |    | 4   | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所  |  | 名 称           |    |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  | 所在地           |    |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| サービスの種類   |  |               |    |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更があった事項  |  | 変更の内容         |    |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1   | 事業所の名称                                       | (変更前)         |    |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2   | 事業所の所在地                                      |               |    |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3   | 事業者の名称・主たる事務所の所在地                            |               |    |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4   | 代表者の職・氏名、生年月日及び住所                            |               |    |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5   | 定款・寄付行為等及びその登録事項証明書又は条例等<br>(当該事業に関するものに限る。) |               |    |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6   | 事業所(施設)の建物の構造、専用区画等                          |               |    |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7   | 事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所                          |               |    |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8   | サービス提供責任者の氏名及び住所                             |               |    |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9   | 生活援助責任者の氏名及び住所                               | (変更後)         |    |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10  | 計画職員の氏名及び職種                                  |               |    |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11  | 運営規程(利用定員、営業日 等)                             |               |    |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12  | 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関                          |               |    |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13  | 事業所の種別                                       |               |    |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14  | 元気デイサテライトに関する事項<br>(場所、利用者の定員、営業日、事業者 等)     |               |    |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15  | 役員の氏名、生年月日及び住所                               |               |    |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16  | その他( )                                       |               |    |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変 更 年 月 日   |  | 年 月 日         |    |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備考<br>1 該当項目番号に○を付してください。<br>2 変更内容が分かる書類を添付してください。 |  | 記入<br>担当者     | 氏名 |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  | 電話            |    | Fax |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

変更届出書チェック表（訪問型サービス）

事業所名：

|                         | 提出書類   | チェック項目   |
|-------------------------|--|--|
| 共通事項                    | <input type="checkbox"/> 変更届出書（第7号様式）  | <input type="checkbox"/> 提出年月日は記載されているか<br><input type="checkbox"/> 届出書は法人名で記入されているか<br><input type="checkbox"/> 代表者名は記載されているか<br><input type="checkbox"/> 法人印が押印されているか<br><input type="checkbox"/> 介護保険事業所番号、名称、所在地は正しく記載されているか<br><input type="checkbox"/> サービス種類は正しいか<br><input type="checkbox"/> 変更項目に○はつけられているか<br><input type="checkbox"/> 変更前後の内容が正しく記載されているか<br><input type="checkbox"/> 変更年月日が記載されているか                    |
|                         | <input type="checkbox"/> 変更届出事項(入力用) (1)   | <input type="checkbox"/> 変更届出事項の該当欄に、変更後の内容が正しく記載されているか<br>※変更届出事項(入力用) (1)の記載事項が変更されない場合、もしくは、該当する項目がない場合は、提出不要です。  |
|                         | <input type="checkbox"/> 変更届出書チェック表（本表）  | <input type="checkbox"/> 変更に係る全ての項目をチェックし、漏れがないことを確認したか  |
| 具体的な変更項目                | 添付書類   | チェック項目   |
| 1 事業所の名称                | <input type="checkbox"/> 運営規程  | <input type="checkbox"/> 運営規程の事業所名は変更されているか<br><input type="checkbox"/> 定款、登記等については、変更の必要はないか<br>（事業所名を登記している場合は変更が必要）   |
| 2 事業所の所在地               | <div><input type="checkbox"/> 運営規程<br/><input type="checkbox"/> 事業所の平面図<br/><input type="checkbox"/> 事業所の写真<br/>（A4サイズの台紙に貼付すること）<br/>※住所表示の変更の場合は、添付書類は不要です</div> <div><b>（注）事業所の設備（建物）を変更する場合は、平面図を作成後、必ず事前に介護保険課と協議してください</b></div> | <input type="checkbox"/> 住所表示変更の場合を除き、事前協議がなされているか<br><input type="checkbox"/> 運営規程の事業所の所在地は変更されているか<br><input type="checkbox"/> 平面図には、事業所内部のレイアウト（机の配置等）が記載されているか<br><input type="checkbox"/> 事務室等において他事業との区分は明確になっているか<br>（同一場所で実施する他事業との事務室等の兼用は可能です。<br>その場合、区画を明確にする必要がありますのでマーカー等で区画を示してあることが必要です。しきり等は必要ありません）<br><input type="checkbox"/> 事業所の建物の外観、各室の様子が分かる写真が添付されているか<br><input type="checkbox"/> 定款、登記等については、変更の必要はないか |
| 3 主たる事務所の所在地            | <input type="checkbox"/> 定款の写し<br><input type="checkbox"/> 登記簿謄本   | <input type="checkbox"/> 定款、登記簿謄本は適切に変更されているか  |
| 4 代表者の氏名及び住所            | <input type="checkbox"/> 登記簿謄本<br><input type="checkbox"/> 誓約書<br>（欠格及び暴力団排除に係る2つの誓約書が必要）  | <input type="checkbox"/> 定款、登記簿謄本は適切に変更されているか<br><input type="checkbox"/> 介護保険法第70条の第2項各号等の規定に該当しない旨の誓約書が添付されているか<br><input type="checkbox"/> 暴力団排除の誓約書が添付されているか   |
| 5 定款・寄付行為等及びその登記簿謄本・条例等 | <input type="checkbox"/> 定款<br><input type="checkbox"/> 登記簿謄本  | <input type="checkbox"/> 定款、登記簿謄本は適切に変更されているか  |
| 6 事業所の建物の構造、専用区画等       | <div><input type="checkbox"/> 事業所の平面図<br/><input type="checkbox"/> 事業所の写真<br/>（A4サイズの台紙に貼付すること）</div> <div><b>（注）事業所の建物の構造、専用区画等を変更する場合は、平面図を作成後、必ず事前に介護保険課と協議してください</b></div>   | <input type="checkbox"/> 事前協議がなされているか<br><input type="checkbox"/> 平面図には、事業所内部のレイアウト（机の配置等）が記載されているか<br><input type="checkbox"/> 事務室等において他事業との区分は明確になっているか<br>（同一場所で実施する他事業との事務室等の兼用は可能です。<br>その場合、区画を明確にする必要がありますのでマーカー等で区画を示してあることが必要です。しきり等は必要ありません）<br><input type="checkbox"/> 事業所の建物の外観、各室の様子、手指洗浄設備の様子が分かる写真が添付されているか  |

| 具体的な変更項目               |                                    | 添 付 書 類  | チェック項目  |
|------------------------|------------------------------------|--|---|
| 7 事業所の管理者の氏名及び住所       |                                    | <input type="checkbox"/> 管理者の経歴書<br><input type="checkbox"/> 誓約書<br>（欠格及び暴力団排除に係る2つの誓約書が必要）                            | <input type="checkbox"/> 管理者の経歴書は添付されているか<br><input type="checkbox"/> （管理者が兼務を行っている場合）<br>変更届出事項(入力用) (1)に兼務の状況が分かるように記載されているか<br><input type="checkbox"/> 介護保険法第70条の第2項各号等の規定に該当しない旨の誓約書が添付されているか<br><input type="checkbox"/> 暴力団排除の誓約書が添付されているか |
| 8 サービス提供責任者の氏名及び住所     |                                    | <input type="checkbox"/> 資格証の写し<br><input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表<br>（サービス提供責任者の員数が変わる場合）                            | <input type="checkbox"/> サービス提供責任者の資格要件が満たされているか<br>① 介護福祉士 ② 介護職員実務者研修終了 ③ 看護師、准看護師<br>④ 旧介護職員基礎研修修了 ⑤ 旧ヘルパー1級<br><input type="checkbox"/> 訪問介護員等の従事時間・員数に対し、サービス提供責任者の数が適切か   |
| 9 生活援助責任者の氏名及び住所       |                                    | <input type="checkbox"/> 資格証の写し<br><input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表<br>（生活援助責任者の員数が変わる場合）                              | <input type="checkbox"/> 生活援助責任者の資格要件が満たされているか<br>① サービス提供責任者 ② 生活援助従業者研修修了<br><input type="checkbox"/> 訪問介護員等の従事時間・員数に対し、生活援助責任者の数が適切か   |
| 11<br>運<br>営<br>規<br>程 | ① 営業日、営業時間、年間の休日                   | <input type="checkbox"/> 運営規程  | <input type="checkbox"/> 変更後の運営規程は添付されているか<br><input type="checkbox"/> 運営規程に変更後の内容が正しく記載されているか  |
|                        | ② 通常事業の実施地域                        |  |   |
|                        | ③ 利用料                              | <input type="checkbox"/> 運営規程<br><input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表<br><input type="checkbox"/> 資格証の写し<br>（新たな訪問介護員の分のみ） | <input type="checkbox"/> 変更後の運営規程は添付されているか<br><input type="checkbox"/> 運営規程に変更後の内容が正しく記載されているか<br><input type="checkbox"/> 訪問介護員等の従事時間・員数に対し、サービス提供責任者の数が適切か  |
|                        | ④ 訪問介護員等の増減<br>（サービス提供責任者の増減を伴う場合） |  |   |
|                        | ⑤ その他の事項                           |  | <input type="checkbox"/> 変更後の運営規程は添付されているか<br><input type="checkbox"/> 運営規程に変更後の内容が正しく記載されているか  |
| 15 役員の氏名、生年月日及び住所      |                                    | <input type="checkbox"/> 誓約書<br>（欠格及び暴力団排除に係る2つの誓約書が必要）  | <input type="checkbox"/> 変更届出書の（変更前）欄に役員等から外れた者の氏名が、また、（変更後）欄には新たに役員等に加わる者の氏名が記載されているか<br><input type="checkbox"/> 介護保険法第70条の第2項各号等の規定に該当しない旨の誓約書が添付されているか<br><input type="checkbox"/> 暴力団排除の誓約書が添付されているか   |

注 サービス提供責任者を除く訪問介護員等の増減、交代、勤務形態（常勤・非常勤、専従・非専従）の変更のみの場合は、届出は不要としています。ただし、当職から指示した場合はこの限りではありません。

(入力用)(1)

訪問型サービスに係る変更届出事項

(注)変更する項目の欄にのみ、変更後の内容を記入してください。

|                   |                                  |           |   |        |   |          |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|-------------------|----------------------------------|-----------|---|--------|---|----------|----------|-----------|---|---------------|---|-----|---|--|---|--|--|--|
| 申請者及びその代表者        | フリガナ                             |           |   |        |   |          |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   | 名 称                              |           |   |        |   |          |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   | 主たる事務所の所在地                       | (郵便番号 ー ) |   |        |   |          |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   |                                  | (ビルの名称等)  |   |        |   |          |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   | 連 絡 先                            | 電話番号      |   |        |   |          |          | F A X 番号  |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   | 代表者の職及び氏名                        | 職名        |   |        |   |          |          | フリガナ      |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   |                                  |           |   |        |   |          |          | 氏 名       |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
| 生年月日              |                                  |           |   |        |   |          |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
| 代表者の住所            | (郵便番号 ー )                        |           |   |        |   |          |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   | (ビルの名称等)                         |           |   |        |   |          |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
| 事業所               | フリガナ                             |           |   |        |   |          |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   | 名 称                              |           |   |        |   |          |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   | 所 在 地                            | (郵便番号 ー ) |   |        |   |          |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   |                                  | 福岡県       |   |        |   |          |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   |                                  | (ビルの名称等)  |   |        |   |          |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
| 直通連絡先             | 電話番号                             |           |   |        |   |          | F A X 番号 |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
| 管理者               | フリガナ                             |           |   |        |   |          | 住 所      | (郵便番号 ー ) |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   | 氏 名                              |           |   |        |   |          |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   | 生年月日                             |           |   |        |   |          |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   | 当該訪問介護事業所内で兼務する他の職種 (兼務する場合のみ記入) |           |   |        |   |          |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   | 同一敷地内の他の事業所で兼務する職務               |           |   |        |   | 事業所等名称   |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   | (兼務する場合のみ記入)                     |           |   |        |   | 職 種      |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
| サービス提供責任者・生活援助責任者 | フリガナ                             |           |   |        |   |          | 住 所      | (郵便番号 ー ) |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   | 氏 名                              |           |   |        |   |          |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   | フリガナ                             |           |   |        |   |          | 住 所      | (郵便番号 ー ) |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   | 氏 名                              |           |   |        |   |          |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
| 運営規程              | 従業者                              |           |   | 訪問介護員等 |   | 常勤換算後の人数 | 利用料      | 法定代理受領分   |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   |                                  |           |   | 専従 兼務  |   |          |          | 法定代理受領分以外 |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   |                                  | 常勤(人)     |   |        |   |          |          | その他の費用    |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   |                                  | 非常勤(人)    |   |        |   |          |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   | 営業日                              | 日         | 月 | 火      | 水 | 木        | 金        | 土         | 祝 | その他の<br>年間の休日 |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   |                                  |           |   |        |   |          |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   | 営業時間                             | 平日        | ～ |        |   |          |          | 土曜        | ～ |               |   | 日・祝 | ～ |  |   |  |  |  |
|                   |                                  | 備考        |   |        |   |          |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |
|                   | 通常の事業<br>実施地域                    | ①         | ② |        |   |          | ③        |           |   |               | ④ |     |   |  | ⑤ |  |  |  |
|                   |                                  | 備考        |   |        |   |          |          |           |   |               |   |     |   |  |   |  |  |  |

## 従業員の仕事の体制及び勤務形態一覧表（令和 年 月分）

|             |                           |
|-------------|---------------------------|
| サ　ー　ビ　ス　種　類 | 訪問介護<br>身体ヘルプ・元気ヘルプ・生活ヘルプ |
| 事　業　所　名     |                           |

[illegible]

注 \* 欄に当該月の曜日を記入すること。

- 1 申請する事業に係る従業員全員（管理者を含む。）について、4 週間分の勤務すべき時間数を各日ごとに記入すること。
- 2 勤務区分は、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 とすること。  
※常勤とは、当該施設における勤務時間数が、当該施設において定められている常勤の者が勤務すべき時間数に達していることをいう。  
※専従とは、サービス提供時間中に他の職務に従事しないことをいう。
- 3 資格等が必要な職種については、「資格等」欄にその資格を記入するとともに、その者の資格等を証明する書類の写しを添付すること。
- 4 当該事業所、施設に係る組織体制図を添付すること。他事業と職員の兼務がある場合は兼務する職種のわかる組織体制図を添付すること。
- 5 常勤換算が必要な職種については当該職種の職員の週平均勤務時間をすべて足し、当該事業所の週の常勤時間で除して常勤換算後の人数を記載すること。
- 6 サービス提供単位ごとに行われるサービス（通所介護・通所リハビリテーション）については各単位ごとに分けて記載すること。
- 7 特定施設入所者生活介護・短期入所生活介護の場合、夜勤について網掛けをする等、わかりやすく記載すること。
- 8 新規指定事業者の場合は事業開始予定月の従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載することとするが、必ず確保された従業員のみ記入すること。
- 9 4 週の勤務すべき時間数は、移動時間等も含むため、合計と月間の延べサービス提供時間は必ずしも一致しません

参考様式 1

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（令和 年 月分）

|             |                           |
|-------------|---------------------------|
| サ ー ビ ス 種 類 | 訪問介護<br>身体ヘルプ・元気ヘルプ・生活ヘルプ |
| 事 業 所 名     | 筑後川ヘルパーステーション             |

| 職 種  | 勤務<br>形態 | 氏 名<br><br>* | 第 1 週 |    |    |    |    |    |    | 第 2 週 |    |    |    |    |    |    | 第 3 週 |    |    |    |    |    |    | 第 4 週 |    |    |    |    |    |     | 勤務時間数                       |       | 資格等      |
|--|----------|--------------|-------|----|----|----|----|----|----|-------|----|----|----|----|----|----|-------|----|----|----|----|----|----|-------|----|----|----|----|----|-----|-----------------------------|-------|----------|
|  |          |              | 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  | 4 週 の                       | 週平均の  |          |
|  |          |              | 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   | 合計時間数                       | 勤務時間数 |          |
| 管理者  | B        | 城南 一郎        | 4     | 4  |    |    | 4  | 4  | 4  | 4     | 4  |    |    | 4  | 4  | 4  | 4     | 4  |    |    | 4  | 4  | 4  | 4     | 4  |    |    | 4  | 4  | 4   | 80                          | 20    |          |
|  |          |              |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |     |                             |       |          |
| サービス提供責任者                                      | A        | 中央 華子        | 8     | 8  |    |    | 8  | 8  | 8  | 8     | 8  |    |    | 8  | 8  | 8  | 8     | 8  |    |    | 8  | 8  | 8  | 8     | 8  |    |    | 8  | 8  | 8   | 160                         | 40    | ヘルパー 1 級 |
| 訪問介護員  | A        | 篠山 幹代        | 8     | 8  |    |    | 8  | 8  | 8  | 8     | 8  |    |    | 8  | 8  | 8  | 8     | 8  |    |    | 8  | 8  | 8  | 8     | 8  |    |    | 8  | 8  | 8   | 160                         | 40    | ヘルパー 2 級 |
| 〃  | A        | 筑後 太郎        |       |    | 8  | 8  | 8  | 8  | 8  |       |    | 8  | 8  | 8  | 8  | 8  |       |    | 8  | 8  | 8  | 8  | 8  |       |    | 8  | 8  | 8  | 8  | 8   | 160                         | 40    | ヘルパー 2 級 |
| 〃  | C        | 荘島 美紀        | 4     | 4  |    |    | 4  | 4  | 4  | 4     | 4  |    |    | 4  | 4  | 4  | 4     | 4  |    |    | 4  | 4  | 4  | 4     | 4  |    |    | 4  | 4  | 4   | 80                          | 20    | ヘルパー 2 級 |
| 〃  | C        | 通 次郎         | 4     | 4  | 4  | 4  | 4  |    |    | 4     | 4  | 4  | 4  | 4  |    |    | 4     | 4  | 4  | 4  | 4  |    |    | 4     | 4  | 4  | 4  | 4  |    |     | 80                          | 20    | ヘルパー 2 級 |
| 〃  | C        | 荒木 真一        |       | 4  |    |    | 8  |    | 8  |       | 4  |    |    | 8  |    |    |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |     | 80                          | 20    | ヘルパー 2 級 |
| 〃  | C        | 鳥飼 由紀        |       | 4  | 8  | 8  |    |    |    | 4     | 8  | 8  |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |     | 80                          | 20    | ヘルパー 2 級 |
|  |          |              |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |     |                             |       |          |
|  |          |              |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |     |                             |       |          |
| 計  |          |              | 28    | 36 | 20 | 20 | 44 | 32 | 40 | 28    | 36 | 20 | 20 | 44 | 32 | 4  | 0     |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    | 800 | A 200                       |       |          |
| 事業所の常勤時間数（ 8 時間／日 4 0 時間／週・・・B）                |          |              |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |     | 常勤換算後の人数                    |       |          |
| 月間の延べサービス提供時間（ 6 0 0 ）時間                       |          |              |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |     | 週平均の勤務時間の合計／常勤の時間数          |       |          |
| 訪問介護員の員数（ 7 ）人                                 |          |              |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |     | A（2 0 0）／B（ 4 0 ）＝（ 5 . 0 ） |       |          |
| 利用者数 前 3 月平均（ 3 4 ）人 前 3 月実績（ 4 月 3 0 人        |          |              |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |     |                             |       |          |
| ※ 利用者数は、変更届出書に添付する場合及び指定更新<br>新規申請時は利用者数の記入は不要 |          |              |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |     |                             |       |          |

管理者とサービス提供責任者を含めた訪問介護員とを兼務する場合、管理者欄と訪問介護員欄の両方に氏名を記載して従事時間を案分してください。この場合、この者の訪問介護員としての常勤換算数は最大でも0. 5とします。

サービス提供責任者は訪問介護員の中から選任することから、サービス提供責任者は当然に訪問介護員であり、記載上、訪問介護員と兼務しているとはせず、専従としています。

障害者自立支援法による居宅介護事業との兼務については、常勤換算数を減らさないため、兼務とはせず専従としてください。

注 ＊欄に当該月の曜日を記入すること。

- 申請する事業に係る従業者全員（管理者を含む。）について、4 週間分の勤務すべき時間数を各日ごとに記入すること。
- 勤務区分は、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 とすること。  
※常勤とは、当該施設における勤務時間数が、当該施設において定められている常勤の者が勤務すべき時間数に達していることをいう。  
※専従とは、サービス提供時間中に他の職務に従事しないことをいう。
- 資格等が必要な職種については、「資格等」欄にその資格を記入するとともに、その者の資格等を証明する書類の写しを添付すること。
- 当該事業所、施設に係る組織体制図を添付すること。他事業と職員の兼務がある場合は兼務する職種のわかる組織体制図を添付すること。
- 常勤換算が必要な職種については当該職種の職員の週平均勤務時間をすべて足し、当該事業所の週の常勤時間で除して常勤換算後の人数を記載すること。
- サービス提供単位ごとに行われるサービス（通所介護・通所リハビリテーション）については各単位ごとに分けて記載すること。
- 特定施設入所者生活介護・短期入所生活介護の場合、夜勤について網掛けをする等、わかりやすく記載すること。
- 新規指定事業者の場合は事業開始予定月の従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載することとするが、必ず確保された従業員のみ記入すること。
- 4 週の勤務すべき時間数は、移動時間等も含むため、合計と月間の延べサービス提供時間は必ずしも一致しません