

その他の留意事項

事業所指定・加算算定の届出について

指定申請時の留意事項

- ・現行の通所型サービスA、令和8年4月から実施する「通常型通所サービス・活動A」
緩和した基準による通所型サービス(定率)
- ・令和8年4月から実施する「短期集中型通所サービス・活動A」
緩和した基準による通所型サービス(定額)

- 現在、通所型サービスAの指定を受けていない事業所
- 新たに短期集中型サービス・活動Aの指定を受ける事業所

- 新規指定を受ける際に使用する「指定申請書」(別紙様式第三号(四))と「通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項」(付表第三号(二))を提出する

指定申請書

年 月 日

紀北広域連合長 様

所在地

申請者 名称

代表者職名・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。

		法人番号						
申請者	フリガナ							
	名称							
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 都道府県		市区町村				
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号				
		Email						
	法人等の種類							
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ		生年月日				
代表者の住所	(郵便番号 -) 都道府県		市区町村					
法人の吸収合併又は吸收分割における指定申請時に○								
指定事業受取所けの種類とする	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	株式			
	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(定率)					付表第 三号 (一)		
	緩和した基準による訪問型サービス(定額)							
	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(定率)	○		令和8年4月1日		付表第 三号 (二)		
	緩和した基準による通所型サービス(定額)	○		令和8年4月1日				
既に指定(登録)を受けている事業所の種類(該当に○)		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の市町村名								
医療機関コード等					(医療機関として指定を受けている場合)			

備考

- 「指定申請対象事業等」「既に指定(登録)を受けている事業等」の欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「宮利法人」、「非宮利法人(NPO)」、「農園」、「生協」、「その他の法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(市町村会議)」、「施設組合等」、「病院」、「その他の(いわゆる新規法人)」であります。

現在、通所型サービスAの指定を受け、新たに短期集中型 通所サービスの指定を受けるとき 「指定申請書」(別紙様式第三号(四))

指定事業受所けのよ 種う	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	
類とする	介護予防訪問介護相当サービス				付表第三号 (一)	
	緩和した基準による訪問型サービス(定率)					
	緩和した基準による訪問型サービス(定額)					
	介護予防通所介護相当サービス				付表第三号 (二)	
	緩和した基準による通所型サービス(定率)		○	令和2年4月1日		
	緩和した基準による通所型サービス(定額)	○		令和8年4月1日		
訪問介護						
既に指定(登録)を受けてい る事業所の種類(該当に○)	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

- 「指定申請対象事業等」「既に指定(登録)を受けている事業等」の欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公団(独立行政法人、一部事務組合)」、「非法人」、「その他(のいざれかを記入)」でござい。

現在、従前相当サービスのみ指定を受けていたため、新たに通所型サービスA、短期集中型通所サービスの指定を受けるとき

「指定申請書」(別紙様式第三号(四))

指定事業所けのよ	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				
	緩和した基準による訪問型サービス(定率)				付表第三号 (一)
	緩和した基準による訪問型サービス(定額)				
種う類とする	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(定率)	○		令和8年4月1日	付表第三号 (二)
	緩和した基準による通所型サービス(定額)	○		令和8年4月1日	
	訪問介護				
	基準該当訪問介護				
既に指定(登録)を受けている事業所の種類(該当に○)	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	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」の欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
2 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」「その他」のいずれかを記入してください。

通所型サービス事業所の指定に係る記載事項

付表第三号(二) 通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項

サービス種別(該当に〇)		介護予防系介護支援サービス				緩和した基準による通所型サービス		定期 定期
事業所	法人登号							
	フリガナ							
	名称							
	郵便番号 所在地	都道府県		市町村				
連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号				
	Email							
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 =)			
	氏名							
	生年月日							
	施設事業所で差別する他の施設 (施設の場合はのみ記入)							
他の事業所、施設等の相談窓口の名称 (医療の場合はのみ記入)								
差別的サービス利用、差 別する理由及び歴史的側面								
○設備に関する基準の確認に必要な事項								
従業者の職種・長数		生活相談員		看護職員		介護職員		複数訓練指導員
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従
実勤(人)								
非常勤(人)								
○設備に関する基準の確認に必要な事項								
従業者(該当に〇)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
		その他の(年末年始休日等)						
営業時間								
曜日ごとに異なる場合記入		平日	:	～	:	～	:	～
		土曜日	:	～	:	～	:	～
		日曜日-祝日	:	～	:	～	:	～
サービス提供時間								
利用定員		人						
○設備に関する基準の確認に必要な事項								
従業者の職種・長数		生活相談員		看護職員		介護職員		複数訓練指導員
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従
実勤(人)								
非常勤(人)								
○設備に関する基準の確認に必要な事項								
従業者(該当に〇)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
		その他の(年末年始休日等)						
営業時間								
曜日ごとに異なる場合記入		平日	:	～	:	～	:	～
		土曜日	:	～	:	～	:	～
		日曜日-祝日	:	～	:	～	:	～
サービス提供時間								
利用定員		人						
○設備に関する基準の確認に必要な事項								
従業者の職種・長数		生活相談員		看護職員		介護職員		複数訓練指導員
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従
実勤(人)								
非常勤(人)								
○設備に関する基準の確認に必要な事項								
従業者(該当に〇)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
		その他の(年末年始休日等)						
営業時間								
曜日ごとに異なる場合記入		平日	:	～	:	～	:	～
		土曜日	:	～	:	～	:	～
		日曜日-祝日	:	～	:	～	:	～
サービス提供時間								
利用定員		人						

サービス種類(該当に○)		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				定率				
							定額				
事業所	法人番号										
	フリガナ										
	名称										
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
サービス提供単位1	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)		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	非常勤(人)										
	○設備に関する基準の確認に必要な事項										
	サービス提供単位2	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
				その他(年末年始休日等)							
		営業時間		: ~ :							
		曜日ごとに異なる場合記入		平日							
				土曜日							
		日曜日・祝日									
サービス提供時間		: ~ :									
利用定員		人									
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
サービス提供単位2	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)		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	非常勤(人)										
	○設備に関する基準の確認に必要な事項										
	サービス提供単位2	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
				その他(年末年始休日等)							
		営業時間		: ~ :							
		曜日ごとに異なる場合記入		平日							
				土曜日							
		日曜日・祝日									
サービス提供時間		: ~ :									
利用定員		人									

加算の届出について

- ・介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書〈指定事業者用〉(別紙50)
- ・介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧(別紙1－4)

※サービス提供体制強化加算に関する届出書(別紙14－7)

提出書類

- 新たに(通常型・短期集中型)サービス・活動Aの指定を受ける場合

「指定申請書」「通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項」「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書」「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧」「誓約書」

- すでに通所型サービスAの指定を受けており、短期集中型サービス・活動Aの指定を受けない場合

「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書」「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧」

定員についての考え方

通所介護と総合事業の定員の考え方

○通所介護とサービス・活動Aの合計の定員が18人の場合（常時、通所介護の定員が11名以上）

- 合計の利用者数が15人以下 ⇒ 介護職員 1人
- 合計の利用者数が16人以上 ⇒ 介護職員 2人

（例）通所13人、サービス活動A 5人の場合、常勤換算1.3人

○通所介護の定員を10人、サービス・活動Aの定員を5人の場合

- 合計の利用者数にかかわらず介護職員 ⇒ 1人
- 看護職員は配置義務なし

通所介護と総合事業の定員の考え方

○通所介護の定員を10人、サービス・活動Aの定員を15人の場合

- 合計の利用者数が16人以上 ⇒ 介護職員 2 人

(例) 通所10人、サービス活動A14人の場合、常勤換算1.9人

- 看護職員の配置義務なし

○通所介護の定員が15人でサービス・活動Aとの合計の定員が20人の場合

- 通所12人、サービス・活動A 3 人 ⇒ 介護職員 1 人

- 通所12人、サービス・活動A 5 人 ⇒ 介護職員 2 人 (常勤換算1.2人)

- 通所15人、サービス・活動A 5 人 ⇒ 介護職員 2 人 (常勤換算1.5人)

ご清聴ありがとうございました