

# 必要書類一覧及び書類作成時の留意事項

## ① 指定申請に係る必要書類一覧表

まずは、必要書類を一覧表により、確認してください。書類が整いましたら、**電子申請届出システムにて申請ください。**

また、書類作成の際は、「指定申請書類の様式」、「指定申請書類記載例・作成例」を必ずご参照ください。

※必要書類以外に送付された書類等については、本市にて廃棄させていただきます。

## ② チェックリスト

チェックリストにより、書類が整っているか等自己点検をしてください。

## ③同一住所で2サービス以上の事業を行う場合

複数サービスを行う場合の留意事項を掲載していますので、ご参照ください。

◆申請前には、法令・基準・解釈通知等を必ずご確認ください。(インターネット等で検索できます)

○介護保険法

○介護保険法施行令

○介護保険法施行規則

◎居宅サービス

・川崎市指定居宅サービス等の人員、設備及び運営の基準等に関する条例

◎介護予防サービス

・川崎市指定介護予防サービス等の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準等に関する条例

◎地域密着型サービス

・川崎市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営の基準等に関する条例

◎介護予防地域密着型サービス

・川崎市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準等に関する条例

○訪問介護・介護予防訪問介護の基準条例について(下線部分については、各サービスごと)

◎居宅介護支援

・指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準

・指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について

◎その他介護報酬関係の基準・解釈基準など

# ① 通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション） 指定申請に係る必要書類一覧表

※指定申請時には当該一覧表の順番のとおり書類を整え、ご持参ください。

※書類は原則両面印刷でお願いします。

No	書 類	様式等
(1)	介護サービス事業者指定（許可）申請書	第1号様式
2	申請者（開設者）の登記簿の謄本(登記事項証明書)の原本（郵送）	
3	【病院又は診療所内で行う場合】保険医療機関の指定通知書の写し	
	【介護老人保健施設内で行う場合】介護老人保健施設の開設許可書の写し	
(4)	【病院又は診療所内で行う場合】通所リハビリテーション事業者（介護予防通所リハビリテーション事業者）の記入事項(付表7-1)	第1号様式（付表7-1）
	【介護老人保健施設内で行う場合】通所リハビリテーション事業者（介護予防通所リハビリテーション事業者）の記入事項(付表7-2)	第1号様式（付表7-2）
5	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	指定申請書類様式にある勤務形態一覧表を使用してください。
6	事業所の平面図	指定申請書類様式を参照。
7	事業所の写真	
8	車検証の写し、駐車場確保が分かる書類（賃貸借契約書等）	
9	運営規程（料金表含む）	
10	利用料金表、食費の積算根拠がわかるもの （食事を提供する事業所のみ）	
11	法人代表者等誓約書	指定申請書類様式にある様式を使用してください。
(12)	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	3. 加算届に掲載されている様式を使用してください。加算を算定しない場合も No13、14 及び 16 は提出が必要です。
13	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	
14	チェック表及び誓約書等の添付書類【加算を算定する場合のみ】	
15	通所系サービス事業所規模点検書（新規開設事業所用）	
16	返信用封筒（郵送） （長形3号に110円切手貼付、A4封筒に320円切手貼付）	
17	新規申請にかかるチェック表及び誓約書	指定申請書類様式にあるチェック表及び誓約書を使用してください

※ 介護予防サービスのみ追加の場合は

No.1,2,3,4,5,9,11,12,13,14,16,17

※ 吸収合併（分割）及び新設合併（分割）による事業承継の場合は

No.1,2,12,13,16 及び合併（分割）契約書

※ 再付番（既に指定を受けているが事業所番号のみ変更が必要な場合）の場合は

No.1,4,5,6,9,12,13,14,15,16

※ 指定申請に係る必要書類を確認した上で、上記の一覧表に掲載されていない書類を提出していただく場合があります。

※ No に（ ）がついている書類については、電子申請届出システムに入力することで自動で出力されます。

## ② 通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）

### 申請書類チェックリスト

提出書類		
チェック箇所	チェック項目	備考
介護サービス事業者指定（許可）申請書（第1号様式）		
申請欄	<input type="checkbox"/> 申請者の住所、氏名が保険医療機関の指定通知書の「申請者」と完全に一致している。	※介護老人保健施設併設の場合は、申請者は法人代表者、住所は法人所在地となります。
申請者	<input type="checkbox"/> 名称、主たる事務所の所在地が保険医療機関の指定通知書の記載と完全に一致している。 <input type="checkbox"/> 法人の電話番号、FAX番号を記載している。 <input type="checkbox"/> 法人の種類、法人の所轄庁を記載している。（個人開設の場合は、空欄で可）	※介護老人保健施設併設の場合、名称と主たる事務所の所在地は介護老人保健施設本体と同一です。 ※謄本に記載されている住所では郵便物が届かない場合は、ビル名や部屋番号などを記載してください。 ※電話番号、FAX番号の記載間違いに注意してください。
事業所又は施設	<input type="checkbox"/> 所在地は、保険医療機関の指定通知書の住所と一致している。 <input type="checkbox"/> 電話番号・FAX番号を記載している。 <input type="checkbox"/> 事業所名と保険医療機関の指定通知書と一致している。	※電話番号の記載間違いに注意してください。
同一所在地内において行う事業又は施設の種類の種類	<input type="checkbox"/> 申請するサービスの実施事業欄に「◎」が記載されている。 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービスを行う場合、実施事業欄に「◎」を記載している。 <input type="checkbox"/> 既に同一事業所名、同一所在地で指定を受けている事業がある場合には実施事業欄に「○」と記載し、指定（許可）年月日欄に指定を受けた日付を記載している。また、介護保険事業所番号欄に既に指定を受けている事業所の事業所番号を記載している。	
その他	<b>【病院又は診療所内で行う場合】</b> <input type="checkbox"/> 医療機関コード等欄に保険医療機関コードを記載している。	
申請者（開設者）の登記簿の謄本（登記事項証明書）の原本（郵送）		
	<input type="checkbox"/> 登記簿謄本は発行日から3か月以内の原本である。 <input type="checkbox"/> 法人登記簿謄本の目的欄に申請するサービスが位置付けられている。	

【病院又は診療所内で行う場合】通所リハビリテーション事業者(介護予防通所リハビリテーション事業者)の記載事項(付表7-1)		
【介護老人保健施設内で行う場合】通所リハビリテーション事業者(介護予防通所リハビリテーション事業者)の記載事項(付表7-2)		
事業所	<input type="checkbox"/> 申請書に記載した事業所名称、所在地と一致している。 <input type="checkbox"/> 電話番号、FAX番号を記載している。	※電話番号、FAX番号の記載間違いに注意してください。
申請に係る事業の実施について定めてある定款等の条項	<input type="checkbox"/> 定款等の事業目的欄を確認して条、項及び号を記載している。	
管理者	<input type="checkbox"/> 住所は管理者の自宅住所を記載している。 ※管理者は通所リハビリテーション事業所の従業者に基準の内容を遵守させるため、必要な指揮命令を行うものとされています。 病院等の院長が通所リハビリテーション事業所の管理者を兼務する場合であって、実質的な管理を別の職員に委ねる場合は『管理者代行』を選任してください。この場合、組織図等により、指揮命令系統を明確にしておく必要があります。	※人員基準を確認してください。
医師数	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表、運営規程の員数と一致している。	
単位①	(単位当たりの従業者) <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表、運営規程の員数と一致している。 (定員) <input type="checkbox"/> 利用定員は運営規程と一致している。 (専用の部屋等の面積) <input type="checkbox"/> 平面図より算出した面積を記載している。 (営業日) <input type="checkbox"/> 正月休みや夏季休業等がある場合、備考欄に記載している。 (営業時間) <input type="checkbox"/> 営業時間は事業所が開いている時間を記載している。 <input type="checkbox"/> 備考欄に「サービス提供時間〇:〇〇～〇:〇〇」を記載している。	※複数単位を設定する場合は、付表7-1(別紙)または付表7-2(別紙)に単位毎に記載してください。
主な掲示事項	(利用料) <input type="checkbox"/> 法定代理受領分と法定代理受領分以外の欄に「介護報酬告示上の額」と記載している。 <input type="checkbox"/> その他の費用がある場合、「運営規程のとおり」と記載している。 (通常の事業の実施地域) <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域は運営規程と一致している。	※人員基準を確認してください。
従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表		
サービス種類	<input type="checkbox"/> 介護予防サービスも併せて行う場合、両サービス名を記載している。	
勤務形態	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションを一体的に行う場合、常勤であれば「B」、非常勤であれば「D」と記載している。	

第１週～第４週	<input type="checkbox"/> 管理者及び従業者全員の毎日の勤務時間数（４週間分）を記載している。 <input type="checkbox"/> 記載された勤務時間が雇用契約書や労働条件通知書に記載された雇用条件（勤務日、勤務時間、勤務場所及び職務内容等）と整合が取れている。 <input type="checkbox"/> 常勤職員が勤務すべき１週あたりの勤務時間は、３２時間以上となっている。 <input type="checkbox"/> 曜日を正しく記載している。 <input type="checkbox"/> 氏名は雇用契約書や資格証のものと一致している。 <input type="checkbox"/> 同一事業所内の他の職務や同一敷地内の他の事業所の職務を兼務する場合、それぞれの職務に係る就業時間を按分して記載している。（ダブルカウントはできません。） <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション（予防含む）に勤務する時間のみに記載し、介護老人保健施設に勤務する時間は除いている。	※職員の氏名を記載する際は、「高と高、崎と崎、恵と恵」などに注意してください。
<b>事業所の平面図</b>		
（リハビリを行う専用の部屋）          （消火設備その他非常災害時に際して必要な設備）	<input type="checkbox"/> 各室の用途、寸法、縮尺を正確に記載している。 <input type="checkbox"/> ３平方メートルに利用定員を乗じた面積以上となっている。 <input type="checkbox"/> 専用の部屋の面積に食堂の面積を加えていない。 （※介護老人保健施設の場合、補助金に係る規程が別途定められています。高齢者事業推進課に確認してください。） <input type="checkbox"/> 内法により実測した寸法、縮尺を正確に記載し、求積の根拠を明示している。 <input type="checkbox"/> 面積算定の際、リハビリテーションを行うスペースとしての使用が想定されないもの（廊下、柱、書棚、事務スペース等）は面積から除外している。 <input type="checkbox"/> リハビリテーションを行うために必要な専用の器具、またテーブル等の配置を記載している。 <input type="checkbox"/> 消火器等の消火設備や備品の配置場所を記載している。	
<b>運営規程（料金表含む）</b>		
（運営規程）	（事業の目的及び運営方針） <input type="checkbox"/> 記載している。 （従業者の職種、員数及び職務内容） <input type="checkbox"/> 職種ごとに常勤、非常勤の別、専従、兼務の別と員数を記載している。（複数単位を設定する場合は、単位毎に記載すること） （営業日及び営業時間） <input type="checkbox"/> 営業日、営業時間、サービス提供時間、サービス提供時間を記載している。 （利用定員） <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションを一体的におこなう場合、「通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションをあわせて○人」と記載している。（複数単位を設定する場合は、単位毎に記載すること）	

	<p>(指定通所リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額)</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険利用料以外で徴収するその他の費用(実施地域を越えた場合の交通費・食費・おむつ代等)も記載している。</p> <p>(通常の事業の実施地域)</p> <p><input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域が市町村の一部地域とする場合、当該一部地域の具体的な範囲を明示している。</p> <p>(サービス利用に当たっての留意事項)</p> <p><input type="checkbox"/> 記載している。</p> <p>(緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う際の手続き)</p> <p><input type="checkbox"/> 記載している。</p> <p>(緊急時における対応方法)</p> <p><input type="checkbox"/> 記載している。</p> <p>(非常災害時対策)</p> <p><input type="checkbox"/> 記載している。</p> <p>(個人情報の管理の方法)</p> <p><input type="checkbox"/> 従業者であった者についても記載している。</p> <p>(苦情への対応方法)</p> <p><input type="checkbox"/> 記載している。</p> <p>(事故発生の防止策及び事故発生時の対応方法)</p> <p><input type="checkbox"/> 記載している。</p> <p>(虐待の防止のための措置に関する事項)</p> <p><input type="checkbox"/> 記載している。</p> <p>(その他運営に関する重要事項)</p> <p><input type="checkbox"/> 採用時研修、継続研修の頻度について記載している。</p> <p>(その他)</p> <p><input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーションの指定も併せて受ける場合、介護予防通所リハビリテーションの運営規程も作成している。(ただし、内容が網羅されていれば、通所リハビリテーションと一体的に作成しても構いません。)</p> <p><input type="checkbox"/> 附則の施行日は事業開始予定日を記載している。</p>	
(料金表)	<p><input type="checkbox"/> 介護保険利用料以外で徴収する費用も料金表に記載している。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者負担額は、料金表作成例にある「*利用者負担額(1割)の算出方法」を参考にして計算している。</p>	
利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要		
	<p><input type="checkbox"/> 苦情等に対応する担当者名、職種を記載している。</p> <p><input type="checkbox"/> その他参考事項には、苦情が出ないための具体的な方策を記載している。</p>	<p>川崎市苦情窓口 各区役所高齢・障害課</p> <p>国保連苦情窓口 045-329-3447</p> <p>※作成にあたっては 介護保険課ホームページ ー書式ライブラリー ー新規事業者指定</p>

		<u>一申請書類記載例・</u> <u>作成例参照のこと</u>
法人代表者等誓約書		
	<input type="checkbox"/> 申請者の住所、氏名は、申請書（第 1 号様式）の住所、氏名（法人名、代表者名）と一致している。	
介護給費算定に係る体制等に関する届出書		
	<input type="checkbox"/> 申請者の住所、氏名は、申請書（第 1 号様式）の住所、氏名（法人名、代表者名）と一致している。 <input type="checkbox"/> 提供するサービスの実施事業欄に「○」を記載し、異動年月日欄に事業開始予定年月日を記載している。	※加算を算定しない場合であっても作成してください。
介護給費算定に係る体制等状況一覧表		
	<input type="checkbox"/> 記載担当者の職名及び氏名、連絡先電話番号を記載している。 <input type="checkbox"/> 提供サービス、施設等の区分、その他該当する体制等、割引、地域区分のそれぞれの欄の該当箇所の番号を「○」で囲んでいる。 <input type="checkbox"/> 加算を算定しない場合は「なし」に○を記載している。	※加算を算定しない場合であっても作成してください。
チェック表及び誓約書等の添付書類【加算を算定する場合のみ】		
	<input type="checkbox"/> 法人名、法人代表者の職及び氏名を記載している。 <input type="checkbox"/> チェック表項目（算定要件）のチェックを行っている。	※添付書類にもれはないか確認してください。
通所系サービス事業所規模点検書（新規開設等事業所用）		
	<input type="checkbox"/> サービス提供予定日数は、運営規程に位置付けられている日は全てサービス提供を行うものとし、日数を記載している。 <input type="checkbox"/> 正月等を除いて毎日事業を実施している場合、利用延人員数に 6 / 7 を乗じた数に基づき、事業所規模を判定している。 <input type="checkbox"/> 複数単位でサービス提供を行っている場合、全ての単位の利用延人員数を合算したうえで平均利用延人員数を算出している。	※「事業所規模」についても、上記「チェック表及び誓約書」が別途必要です。
返信用封筒（郵送）		
	<input type="checkbox"/> A 4 封筒に 3 2 0 円分の切手を貼っている。 （※同じ事業所番号でサービス追加の場合は 1 8 0 円分の切手） <input type="checkbox"/> 長形 3 号封筒に 1 1 0 円分の切手を貼っている。 <input type="checkbox"/> 返信先の郵便番号、住所、事業所名を記載している。	※送付先は、原則事業所としてください。
新規申請にかかるチェック表及び誓約書		
	<input type="checkbox"/> 申請者の住所、氏名は、申請書（第 1 号様式）の住所、氏名（法人名、代表者名）と一致している。 <input type="checkbox"/> チェック項目をすべて満たしている。	

### ③一住所で2サービス以上の事業を行う場合

#### 1 事業所名称と事業所番号について

「事業所の名称」と指定の際に付番される「事業所番号」はリンクしています。

##### (1) サービスごとに異なる事業所名称をつけたい場合

〔例：通所リハビリテーション事業…〇〇クリニックデイケアセンター〕  
訪問看護事業…〇〇クリニック

→

- ・事業所番号は別になります。
- ・申請は、それぞれのサービスごとに行うことになります。  
(申請書、定款の写し、登記事項証明書の原本、図面、写真、決算書、保険証書の写し等もそれぞれ用意してください。)

##### (2) 事業所番号を統一したい場合

→

- ・事業所名称を統一してください。
- ・申請は、1つにまとめてください。  
(申請書、定款の写し、登記事項証明書の原本、図面、写真、決算書、保険証書の写し等は、事業所共通書類として1部あれば、結構です。)

- 事業所番号は、介護報酬の請求を行う場合にも必要となります。請求事務のことも考えた上で、事業所番号を別にするか同じにするかを事業所で検討してください。
- 名称に特に決まりはありません。事業所でお考えください。
- ただし、既に使用されている名称は、利用者等に混乱が生じやすいので、避けてください（特に同一市区町村内にある場合）。
- 既に名称が使用されているか否かは、かながわ福祉情報コミュニティー(<http://www.rakuraku.or.jp>)の「事業者情報」等で調べてください。

#### 2 事務室の配置について

- 事務室は共通で使用できますが、サービスごとに専用の事務スペースが必要です。机をサービスごとに明確に分けてください。図面に机のレイアウトを記載し、どの机がどのサービス用なのかが分かるように記載してください。