

1. 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、添付ファイル「4.【様式】指定申請書類」及び「5. 指定申請書類記載例・作成例」を必ずご参照してください。

※必要書類以外に送付された書類等については、本市側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

◎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

◎介護予防・日常生活支援総合事業

- ・川崎市介護予防・日常生活支援総合事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱

◎その他介護報酬関係の基準・解釈基準など

2. 指定申請に係る必要書類一覧表

夜間対応型訪問介護

No	書 類	様 式
(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	賃貸借契約書の写し又は建物の登記簿の謄本（登記事項証明書）の原本(登記簿謄本の場合は郵送)	
(4)	夜間対応型訪問介護事業所の指定に係る記載事項（付表 1 7）	付表 1 7
5	従業者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。 (建築図面でも可)
7	事業所の写真	
8	ケアコール端末の仕様書の写し	
9	オペレーションセンターサービスの概要【設置しない場合のみ】	
10	随時訪問サービスの委託に係る書類【委託する場合のみ】	
11	運営規程【料金表含む】	
12	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	指定申請書類様式を参照。
13	法人代表者等誓約書	指定申請書類様式を参照。
(14)	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	第 3 号様式
15	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	「3.加算届」に掲載されている様式を使用してください。 加算を算定されない場合も No.17,18 は提出が必要です。
16	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】	
17	老人居宅生活支援事業 事業開始の届出書	様式第一号（一）
18	返信用封筒（郵送） （長形 3 号に 1 1 0 円切手貼付、A4 封筒に 3 2 0 円切手貼付）	
19	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

※ 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 1, 2, 14, 15, 18 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 1, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 14, 15, 16, 18

※ 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。

3. 夜間対応型訪問介護 申請書類チェックリスト

提出書類		
チェック項目	チェック内容	備考
1. 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、氏名が登記簿謄本と完全に一致している。	
申請者	<input type="checkbox"/> 名称、主たる事務所の所在地が登記簿謄本の商号、本店の住所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。（有限会社、合同会社などの場合は、空欄で可）	※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、アパート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、登記簿や賃貸借契約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"/> 付表や運営規程の事業所名と一致している。	※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。	
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）		
	<input type="checkbox"/> 登記簿謄本は発行日から3ヶ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づけられ	
<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>※登記簿の謄本（登記事項証明書）について 所管庁の認可が必要な場合など時間がかかる場合があります。変更が済んでいない場合、介護保険事業者としての指定が受けられないので、あらかじめ所管庁に確認してください。</p> </div>		
3. 賃貸借契約書の写し又は建物の登記簿の謄本（登記事項証明書）の原本（登記事項証明書の場合郵送）		
	<input type="checkbox"/> 申請する事業所が賃貸の場合は賃貸借契約書、自社所有の場合は建物の登記簿謄本を添付している。 <input type="checkbox"/> 賃貸借契約の場合、契約は申請法人名義で行われている。 <input type="checkbox"/> 建物の使用目的が住宅や居宅となっている場合は、貸し主から事業の用途で使用するについて同意を得ていることが確認できる書類の写しを補足添付している。	
4. 夜間対応型訪問介護事業者の記載事項（付表17）		
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。

管理者	<input type="checkbox"/> 管理者以外の職務を兼務する場合、兼務する職種を記載している。 <input type="checkbox"/> 同一敷地内の他の事業所の職務を兼務する場合、事業所又は施設の名称、兼務する職種及び勤務時間（週あたりの勤務時間）を記載している。	※人員基準を確認してください。
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。	
建物構造概要	<input type="checkbox"/> 記載内容が、建築概要書、平面図等の数値と一致している。	
主な掲示事項	<p>（営業日）</p> <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。 <p>（営業時間）</p> <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"/> 備考欄にオペレーションセンターの営業時間を記載している。 <p>（利用料）</p> <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。 <p>（その他費用）</p> <input type="checkbox"/> その他の費用は、「運営規程のとおり」と記載している。 <p>（通常の事業の実施地域）</p> <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。	
5. 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表		
勤務形態	<input type="checkbox"/> 職種に応じた資格が記載されている。	
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"/> 付表に記載されている営業日と整合性がとれている。 <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。） <p>（人員配置）</p> <input type="checkbox"/> 面接相談員を1人以上配置している。 <input type="checkbox"/> オペレーターを1人配置している。 <input type="checkbox"/> オペレーターは、看護師、介護福祉士、医師、保健師、社会福祉士のいずれかの資格を有している。 <input type="checkbox"/> 訪問介護員を適切に必要な数配置している。	※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。

6. 事業所の平面図		
	<input type="checkbox"/> 事務室、手指消毒の配置場所、鍵付きの書庫を記載している。 <input type="checkbox"/> 同一敷地内で他のサービス（例えば、居宅介護支援、通所介護等）を行う場合、事業毎に専用のスペース（専用の机でも可）を設ける必要があるが、図面にどの部屋・机がどの事業のものであるか明記している。 <input type="checkbox"/> 事務室は、事業を行うために必要な広さの専用のスペースが設けられている。 <input type="checkbox"/> 写真を撮った方向を矢印にて記載し、写真と対応した番号を振っている。	
7. 事業所の写真		
	<input type="checkbox"/> 写真は、A4のWord書式に挿入するなどしてまとめ、平面図と対応した番号を振り、どの写真かを横に明記している。（「事務室」など）（※カラープリンターによる印刷も可） <input type="checkbox"/> 写真のサイズはA4の紙に4枚程度入る大きさにしている。 <以下の写真を添付している> <input type="checkbox"/> 建物の外観（全景） <input type="checkbox"/> 事業所の出入り口部分（看板等を写したもの） <input type="checkbox"/> 事務室（机・鍵付きの書庫・電話等必要な備品を写したもの） <input type="checkbox"/> 手指消毒の配置場所 <input type="checkbox"/> ケアコール端末	
8. オペレーションセンターサービスの概要【設置しない場合のみ】		
	<input type="checkbox"/> 利用者からの連絡を受ける体制及び実施方法、夜間対応型訪問介護計画の作成者等について記載してください。	
9. 随時訪問サービスの委託に係る書類【委託する場合のみ】		
	<input type="checkbox"/> 委託先との契約書の写しが添付されている。	
10. 運営規程【料金表含む】		
	（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。 （営業日及び営業時間） <input type="checkbox"/> 営業日、営業時間を記載している。 （指定夜間対応型訪問介護の内容及び利用料その他の費用の額） <input type="checkbox"/> 介護保険利用料が別紙にまとめるなど、わかりやすく記載されている。 <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等）も記載している。 （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>(例：川崎区宮本町)</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>(緊急時等における対応方法)</p> <p><input type="checkbox"/> 記載している。</p> <p>(合鍵の管理方法及び紛失した場合の対処方法)</p> <p><input type="checkbox"/> 合鍵の管理方法についてわかりやすく記載している。</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>(共通)</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)	<input type="checkbox"/> 利用者負担額は、(1割)(2割)(3割)についてそれぞれ記載している。	
11. 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要		
	<input type="checkbox"/> 苦情等に対応する担当者名、職種を記載している。 <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。	川崎市苦情窓口 各区役所高齢・障害課 国保連苦情窓口 0570-022110 (苦情専用) または 045-329-3447
12. 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。	
13. 介護給付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。
14. 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。 ※申請するサービスが掲載されているページのみ、ご持参ください。

15. 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。
16. 老人居宅生活支援事業 事業開始の届出書		
	<input type="checkbox"/> 記載項目が、介護保険事業の申請書と一致している。	
17. 返信用封筒		
	<input type="checkbox"/> A4封筒に320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180円分の切手） <input type="checkbox"/> 長形3号封筒に110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。
18. 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。	

4. 同一住所で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：訪問介護事業…〇〇ホームヘルパーセンター
居宅介護支援事業…〇〇ケアセンター

→

- ・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、登記簿謄本、図面、保険証書の写し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、登記簿謄本、図面、保険証書は、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。

