

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」、「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

○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

・川崎市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準等に関する条例

◎その他介護報酬関係の基準・解釈基準など

①指定申請に係る必要書類一覧表

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（登記事項証明書の場合郵送）	
4	建築物等に係る関係法令確認書	
(5)	（介護予防）認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（付表 1 8－1、1 8－2）	第 1 号様式(付表 1 8－1、1 8－2)
6	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。
7	管理者経歴書	指定申請書類様式を参照。
8	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）
9	事業所の写真	
10	運営規程（料金表含む）	
11	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)	
12	プログラム	
13	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。
14	車検証の写し、駐車場確保が分かる書類（賃貸借契約書等）	
15	法人代表者等誓約書	指定申請書類様式を参照。
16	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 No16、17 は提出が必要です。
17	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	
18	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】	
19	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）	
20	老人居宅生活支援事業開始届	
21	老人デイサービスセンター等設置届	
22	運営推進会議の構成員表	
23	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.1,2,5,6,10,15,16,17,18,19,23

※ 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.1,2,16,17,19 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.1,3,5,6,8,9,10,11,16,17,18,19

※ 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 認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）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
介護サービス事業者指定（許可）申請書（第1号様式）		
申請欄	☐ 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	☐ 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。 ☐ 法人の電話番号、FAX番号を記載している。 ☐ 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	☐ 所在地は、登記簿や賃貸借契約書の住所と一致している。 ☐ 電話番号・FAX番号を記載している。 ☐ 付表や運営規程の事業所名と一致している。	※申請書の事業所名で指定を行うため、スペースの有無等を確認してください。
同一所在地内において行う事業又は施設の種類の種類	☐ 申請するサービスの実施事業欄に「◎」が記載されている。 ☐ 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。 ☐ 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。	
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）		
	☐ 登記簿謄本は発行日から3ヶ月以内の原本である。 ☐ 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。	
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）		
	☐ 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。 ☐ 賃貸借契約の場合、契約は申請法人名義で行われている。 ☐ 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。	
建築物等に係る関係法令確認書		
	☐ 建築基準法（川崎市まちづくり局建築審査課）・消防法等について、関係所管に確認した内容や指摘を受けた内容等を記載している。 ☐ 確認した担当部署、担当者名、連絡先を記載している。 ☐ 必要手続きや届出を行った場合は、その関連書類（設置届出書や検査済証等）の写しを添付している。	※確認した内容を申請者が記載してください。（相手方に記載を依頼するものではありません）

認知症対応型通所介護事業者（介護予防認知症対応型通所介護事業者）の記載事項（付表１７－１、２）		
事業所	☐ 申請書に記載した事業所名称、所在地と一致している。 ☐ 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	☐ 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	☐ 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。 ☐ 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。
併設事業所の種別・名称	☐ 事業所が他の事業所を併設している場合、当該併設事業所のサービス種別、名称、事業所番号を記載している。	
従業者の職種・員数	☐ 勤務形態一覧表、運営規程の員数と一致している。	
食堂及び機能訓練室の合計床面積	☐ 平面図より算出した面積を記載している。	
主な揭示事項	（利用定員） ☐ 利用定員は運営規程と一致している。 （営業日） ☐ 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） ☐ 営業時間は事業所が開いている時間を記載している。 ☐ 備考欄に「サービス提供時間○：○○～○：○○」を記載している。 （利用料） ☐ 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。 （食事の提供に要する費用） ☐ 食事の提供に要する費用は、「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） ☐ 通常の事業の実施地域は運営規程と一致している。	
従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表		
サービス種類	☐ 介護予防地域密着型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	☐ 認知症対応型通所介護と介護予防認知症対応型通所介護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。 ☐ 職種に応じた資格が記載されている。	

第1週～第4週	☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 曜日を正しく記載している。 ☐ 付表に記載されている営業日と整合性がとれている。 ☐ 氏名は雇用契約書や資格証のものと一致している。 ☐ 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。） （人員配置） ☐ 生活相談員、介護職員、看護職員のうち1人以上の常勤職員を配置している。 ☐ 生活相談員は、サービス提供日、サービス提供時間中、途切れることなく配置している。 ☐ 看護職員又は介護職員が、単位ごとに2人以上配置されている。 ☐ 看護職員又は介護職員をサービス提供日、サービス提供時間中、途切れることなく配置している。 ☐ 機能訓練指導員が、1人以上配置されている。 ☐ 各種加算を算定する場合、加算要件に応じた有資格者や配置時間数を配置している。	※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。
管理者経歴書		
主な職歴等	☐ 指定予定月の前月までの職歴等を記載している。 ☐ 介護関係の職歴については、開設法人名及び事業所名を記載している。	
指定（変更）後に従事する職務	☐ 今回指定を受ける予定の事業について記載している。 ☐ 管理者以外の職務を兼務する場合、「管理者兼〇〇」のように記載している。	
事業所の平面図		
(事務室)	☐ 各室の用途、寸法、縮尺を正確に記載している。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 同一敷地内で他のサービス（例えば、居宅介護支援、訪問介護等）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。	※指定申請の前に平面図の事前送付が必要です。

(食堂及び機能訓練室) (相談室) (静養室) (消火設備その他非常災害時に際して必要な設備)	☐ それぞれ必要な広さを有するものとし、その合計した面積（有効面積）は、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。 ☐ 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。 ☐ テーブル、イス、ソファ等の備品の配置を明示している。 ☐ 面積算定の際、利用者が食事や機能訓練に利用することが通常想定されないもの（食器棚、冷蔵庫等）、居住スペースとしての使用が想定されないもの（押し入れ、床の間、廊下、柱等）は面積から除外している。 ☐ 利用申込みの受付、相談等に対応するのに適当なスペースが確保されている。（相談室が専用の部屋でない場合、パーテーション等で囲われているなど、プライバシーが確保されていること。） ☐ ベッドや布団を配置しており、利用者が静養するのに適当なスペースが確保されている。（個室又はカーテンで仕切られているなど、ゆっくり静養できるよう配慮していること。） ☐ 消火器等の消火設備や備品の配置場所を記載している。	※記載方法については各サービスの申請書類記載例・作成例を確認してください。 ※設備基準についてはうしろの申請書類作成にあたっての留意事項を確認してください。
事業所の写真		
	☐ 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） ☐ 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＞ ☐ 建物の外観（全景） ☐ 事業所の出入り口部分 ☐ 事務室（机・椅子・鍵付きの書庫等必要な備品を写したもの） ☐ 相談室（机・椅子等必要な備品を写したもの・プライバシーの確保が図られるよう、個室又はパーテーション等の間仕切りがあることがわかるもの。方向を変えて2枚以上の写真を添付） ☐ 食堂及び機能訓練室（テーブル・椅子等必要な備品を配置し、部屋全体の様子がわかるように多方向から写したもの） ☐ 静養室（ベット等必要な備品を写したもの） ☐ 静養室（ゆっくり静養できるよう、個室又はカーテンで仕切られていることがわかるもの） ☐ 浴室（入浴加算を届出を行う場合のみ） ☐ 消火器等の消火設備	※各室の様子が分かるよう必要に応じ、方向を変えて複数枚撮影してください。

運営規程

（事業の目的及び運営方針）

☐記載している。

（事業所の名称及び所在地）

☐記載している。

（従業者の職種、員数及び職務内容）

☐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）

☐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）

☐認知症対応型通所介護と介護予防認知症対応型通所介護を一体的におこなう場合、「認知症対応型通所介護と介護予防認知症対応型通所介護をあわせて〇人」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）

（指定認知症対応型通所介護の内容及び利用料その他の費用の額）

☐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。

（通常の事業の実施地域）

☐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。

（例：川崎区宮本町）

（サービス利用に当たっての留意事項）

☐記載している。

（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）

☐記載している。

（緊急時における対応方法）

☐記載している。

（非常災害時対策）

☐記載している。

（個人情報の管理）

☐従業者であった者についても記載している。

（苦情への対応方法）

☐記載している。

（事故発生の防止策及び事故発生時の対応方法）

☐記載している。

（虐待の防止のための措置に関する事項）

☐記載している。

（その他運営に関する重要事項）

☐採用時研修、継続研修の頻度について記載している。

（共通）

☐介護予防認知症対応型通所介護の指定も併せて受ける場合、介護予防認知症対応型通所介護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、認知症対応型通所介護と一体的に作成しても構いません。) ☐ 附則の施行日は事業開始予定日を記載している。	
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）		
(料金表) (食費の積算根拠がわかるもの)	☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 食費を徴収する場合、材料費、人件費、光熱水費等から算出した食費の積算根拠を料金表とは別に作成している。 ☐ 外部事業者により食事を提供する（お弁当等）場合は、見積書等の食費の根拠のわかる書類の写しを添付している。	
プログラム		
	☐ １日のサービス提供の流れが分かるプログラムを作成している。 ☐ 機能訓練やレクリエーションは具体的な内容を記載している。 ☐ サービス提供を開始する時刻とサービス提供が終了する時刻を明示している。 ☐ サービス提供時間中に送迎時間や帰り支度をする時間を含んでいない。	
利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要		
	☐ 苦情等に対応する担当者名、職種を記載している。 ☐ 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 045－329－3447 ※作成にあたっては 川崎市ホームページ －新規事業者指定 －<u>申請書類記載例・作成例参照のこと</u>
法人代表者等誓約書		
	☐ 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。	
介護給付費算定に係る体制等に関する届出書		

	☐ 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。 ☐ 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		
	☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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。
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】		
	☐ 法人名、法人代表者の職及び氏名を記載している。 ☐ 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。
返信用封筒（郵送）		
	☐ 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） ☐ 長形3号封筒に110円分の切手を貼っている。 ☐ 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。
老人居宅生活支援事業開始届、老人デイサービスセンター等設置届		
	☐ 記載項目が、介護保険事業の申請書と一致している。 ☐ https://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000021013.html （設置届・開始届記載例を参考にしてください。）	
運営推進会議の構成員表		
	☐ バランスよく配分されている。 ☐ 未定の場合、予定している構成区分が記載されている。	
新規申請にかかるチェック表及び誓約書		
	☐ 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。 ☐ チェック項目をすべて満たしている	

③同一敷地内で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、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(<https://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。