

**札幌市介護予防・日常生活支援総合事業**

**事業移行の手引(第1号訪問・第1号通所事業者)**

**SAPPURO**

平成 28 年 12 月

札幌市保健福祉局高齢保健福祉部

介護保険課

(Tel011-211-2972)

# 目 次

|   |                                       |     |
|---|---------------------------------------|-----|
| 1 | 平成27年 3 月31日以前に介護予防サービスの指定を受けた事業所...  | P1  |
| 2 | 平成27年 4 月 1 日以降に介護予防サービスの指定を受けた事業所... | P2  |
| 3 | 各種届出 .....                            | P4  |
| 4 | 市外保険者の指定状況の届出について .....               | P7  |
| 5 | 様式記入例 .....                           | P8  |
|   | 第 1 号様式（指定申請書） .....                  | P9  |
|   | 第 4 号様式（指定更新申請書） .....                | P10 |
|   | 第 7 号様式（変更届出書） .....                  | P11 |
|   | 第 8 号様式（再開届出書） .....                  | P12 |
|   | 第 9 号様式（廃止・休止届出書） .....               | P13 |
|   | 第10号様式（市外保険者利用届） .....                | P14 |
|   | 別添様式（指定申請に係る添付書類一覧表） .....            | P15 |
|   | 別紙 3 - 3（体制等に関する届出書） .....            | P16 |
|   | 別紙 1 - 4（体制等状況一覧表） .....              | P17 |
|   | 付表 1、6 .....                          | P18 |
|   | 参考様式 9（誓約書） .....                     | P19 |
|   | 手数料免除申請書 .....                        | P20 |

# 1

## 平成 27 年 3 月 31 日以前に介護予防サービスの指定を受けた事業所

平成 27 年 3 月 31 日以前に介護予防訪問（通所）介護の指定を受けていた事業所は、総合事業の指定があったものとみなされます。  
（総合事業のみなし指定有効期間は平成 30 年 3 月 31 日までです。）



### ○ 総合事業開始にあたって準備すること

#### (1) 定款の変更

総合事業のサービスを実施する旨を、定款に記載する必要があります。  
詳細は札幌市総合事業Q&A【共通版】のQ1を参照願います。

#### (2) 契約書、運営規程、重要事項説明書の様式変更

サービス名や利用料等が変わるため、様式変更が必要です。  
詳細は札幌市総合事業Q&A【共通版】のQ2～3を参照願います。

※(1)、(2)に係る変更届出書の提出は不要です。

#### (3) 第1号事業支給費算定に係る体制等に関する届出書及び状況一覧表の提出

##### ●変更点がある場合

現在の介護予防サービスの加算取得状況から変更をして第1号事業を開始する場合は、平成 29 年 2 月 28 日までに「第1号事業支給費算定に係る体制等に関する届出書」及び「第1号事業支給費算定に係る体制等状況一覧表」と添付書類を札幌市介護保険課まで提出してください。

※添付書類については本書5ページ「事業移行期の加算の届出」を参照願います。

##### ●変更点がない場合

変更点が無い場合は、平成 29 年 4 月 1 日時点の介護予防サービスの加算取得状況が、そのまま第1号事業へ登録されますので、届け出は不要です。

## 2

## 平成 27 年 4 月 1 日以降に介護予防サービスの指定を受けた事業所

平成 27 年 4 月 1 日以降に介護予防訪問（通所）介護の指定を受けていた事業所は、総合事業の通常指定の手続きが必要です。



### ○ 総合事業開始にあたって準備すること

#### (1) 各種変更

前ページ(1)～(2)をご参照ください。

#### (2) 市外保険者利用届の提出

市外被保険者へサービスを提供する場合は、札幌市への通常指定申請の際に「市外保険者利用届」を添付してください。なお、指定申請後から総合事業開始までに市外保険者の指定が追加した場合は、その都度「利用開始届」をご提出ください。

#### (3) 総合事業通常指定申請

##### ① 申請書類

| 項番 | 様式名    | 書類名称                      |
|----|--------|---------------------------|
|    | 別添様式   | 添付書類一覧表                   |
| 1  | 第1号様式  | 札幌市介護予防・日常生活支援総合事業者指定申請書  |
| 2  | 付表1又は6 | 付表                        |
| 3  | 自己作成   | 運営規程                      |
| 4  | 参考様式9  | 誓約書及び役員の氏名等               |
| 5  | 別紙3-3  | 第1号事業支給費算定に係る体制等に関する届出書   |
| 6  | 別紙1-4  | 第1号事業支給費算定に係る体制等状況一覧表     |
| 7  | —      | 介護予防訪問介護（通所介護）事業者指定通知書の写し |
| 8  | —      | 手数料免除申請書                  |
| 9  | 第10号様式 | 市外保険者の利用届及び他市町村の指定通知      |

② 申請書受付期間

平成28年12月15日(木)～平成29年1月31日(火)

(※平成29年4月1日から総合事業の指定を受ける場合)

③ 申請方法

持参又は郵送(タブ付け・ファイリングは不要です)

④ 申請先

以下のとおり(コピーして郵送時の貼付にご利用ください)。

〒060-8611

札幌市中央区北1条西2丁目

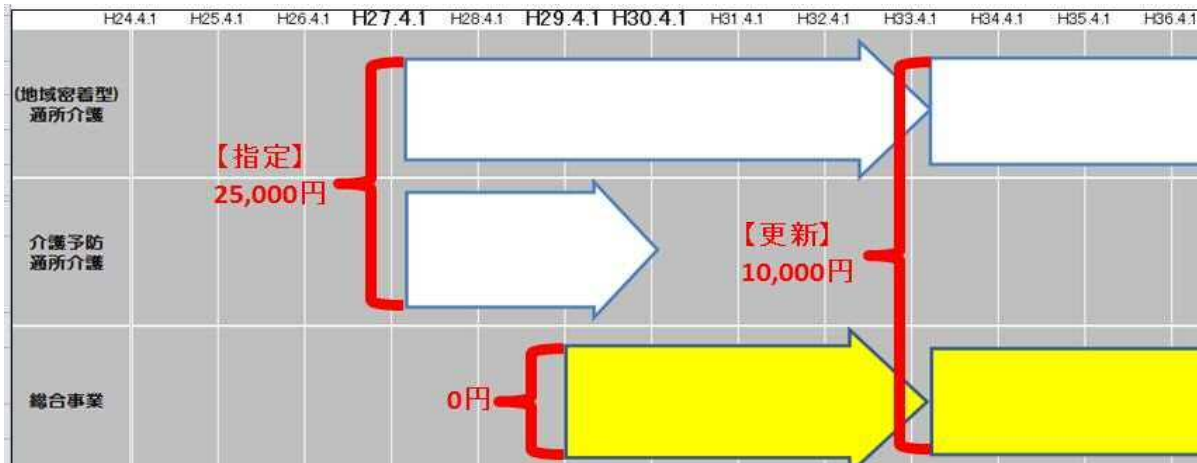
札幌市保健福祉局 高齢保健福祉部 介護保険課 行

総合事業指定申請書一式 在中

⑤ 指定手数料

| サービス種別  | 指定手数料   | 指定更新手数料 |
|---------|---------|---------|
| 第1号訪問事業 | 20,000円 | 10,000円 |
| 第1号通所事業 | 25,000円 |         |

※なお、一体的に実施している訪問介護(通所介護)又は介護予防訪問介護(介護予防通所介護)で指定手数料を既に払っている場合は、免除申請書の提出により手数料が免除になります。今回、事業を移行する事業者はすべて免除対象になりますので、お忘れなく免除申請書を申請書類に添付してください。



### 3 各種届出

総合事業に係る各種届出については、従来の様式ではなく、総合事業用の様式で提出していただく必要があります。事業所の状況によって提出書類が複雑になりますので、サービス毎に提出する申請書を改めてご確認ください。

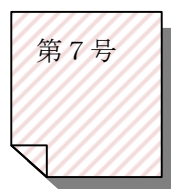
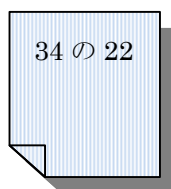
#### ○ 変更届出書

変更があった日から 10 日以内に提出してください。

| サービス種類       | 必要書類         |
|--------------|--------------|
| 居宅・地域密着型サービス | 様式34の22、添付書類 |
| 総合事業         | 第7号様式、添付書類   |

【居宅・地域密着型サービス】

【総合事業】



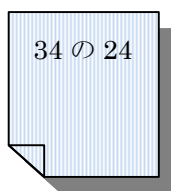
#### ○ 廃止・休止届

廃止・休止をする1ヶ月前までに提出してください。

| サービス種類       | 必要書類    |
|--------------|---------|
| 居宅・地域密着型サービス | 様式34の24 |
| 総合事業         | 第9号様式   |

【居宅・地域密着型サービス】

【総合事業】



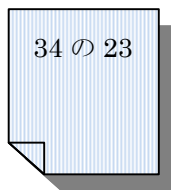
#### ○ 再開届出書

再開した日から 10 日以内に提出してください。

| サービス種類       | 必要書類    |
|--------------|---------|
| 居宅・地域密着型サービス | 様式34の23 |
| 総合事業         | 第8号様式   |

【居宅・地域密着型サービス】

【総合事業】

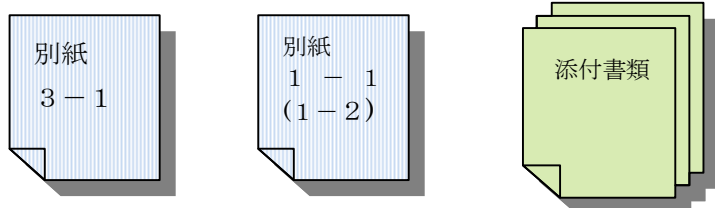


## ○ 加算の届出

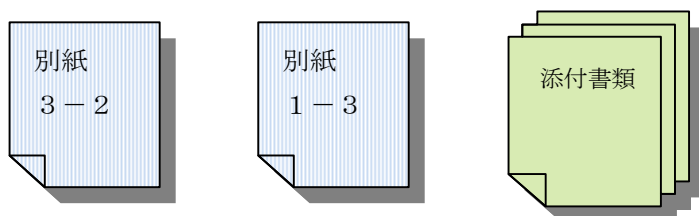
算定開始する月の前月の15日までに必要書類を提出してください。(※一部例外あり)

| サービス種類    | 必要書類                |
|-----------|---------------------|
| 居宅サービス    | 別紙3-1、別紙1-1(2)、添付書類 |
| 地密密着型サービス | 別紙3-2、別紙1-3、添付書類    |
| 総合事業      | 別紙3-3、別紙1-4、添付書類    |

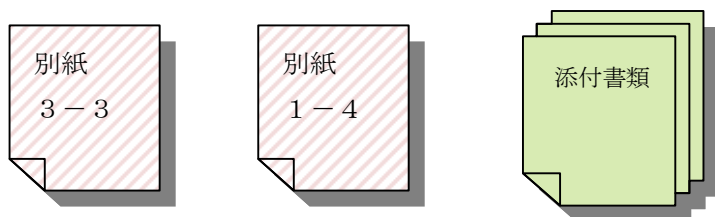
### 【居宅サービス】



### 【地域密着型サービス】



### 【総合事業】



## ● 事業移行期の加算の届出

### (1) 平成27年3月31日以前に介護予防サービスの指定を受けた事業所 (総合事業のみなし指定事業所)

平成29年4月1日から総合事業のサービス提供を開始する場合は、現行の介護予防サービスの加算取得状況から変更をする場合のみ、平成29年2月28日までに別紙3-3、別紙1-4、添付書類を札幌市介護保険課へ提出してください。(変更が無い場合は、平成29年4月1日時点の介護予防サービスの加算取得状況がそのまま第1号事業へ登録されます。なお、その場合においても処遇改善加算を算定する場合は、後述する「●加算の届出の注意点(介護職員処遇改善加算の算定)」の手続きが必要になりますのでご注意ください。)

### (2) 平成27年4月1日以降に介護予防サービスの指定を受けた事業所 (総合事業の通常指定事業所)

通常指定申請書類一式の中に加算に係る書類(別紙3-3、別紙1-4)が含まれておりますので、別途提出していただく必要はありません。

## ● 加算の届出に係る提出書類の省略

一体的に実施する介護予防サービスで既に提出している添付書類は省略できます。

### 【例】

介護予防通所介護で栄養改善加算を算定しており、  
第1号通所事業でも引き続き栄養改善加算を算定したい。

栄養改善加算算定時に提出が必要な書類

| 様式名     | 書類名                         | 介護予防で<br>既に提出済み<br>(○) |
|---------|-----------------------------|------------------------|
| 別紙3-3   | 第1号事業支給費算定に係る<br>体制等に関する届出書 |                        |
| 別紙1-4   | 第1号事業支給費算定に係る<br>体制等状況一覧表   |                        |
| 参考様式1-1 | 従業員の勤務体制及び<br>勤務形態一覧表       | ○                      |
| —       | 管理栄養士の資格証の写し                | ○                      |

この場合、「参考様式1-1」と「管理栄養士の資格証の写し」の添付は省略できます。別紙3-3と別紙1-4のみ提出してください。

## ● 加算の届出の注意点（介護職員処遇改善加算の算定）

総合事業においても介護職員処遇改善加算を算定する場合は、総合事業に係る介護職員処遇改善加算各種書類を提出していただく必要があります。

なお、法人が実施している各種介護サービス事業を一括して処遇改善計画書を作成する場合は、平成29年2月末までに提出していただく処遇改善計画書に添付する事業所一覧に、総合事業を必ず記載してください。

### 【記載例】

別紙様式5(添付書類1)

介護職員処遇改善実績報告書(事業所一覧表)

| 法人名         | 株式会社 札幌        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |
|-------------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|
| 札幌市         |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |
| 介護保険事業所番号   | 事業所の名称         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | サービス名    |
| 01711234567 | デイサービスさっぽろ     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 通所介護     |
| 01711234567 | デイサービスさっぽろ     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 介護予防通所介護 |
| 01711234567 | デイサービスさっぽろ     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 第1号通所事業  |
| 01719876543 | ヘルパーステーションさっぽろ |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 訪問介護     |
| 01719876543 | ヘルパーステーションさっぽろ |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 介護予防訪問介護 |
| 01719876543 | ヘルパーステーションさっぽろ |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 第1号訪問事業  |
|             |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |



## 4 市外保険者の指定状況の届出について

市外被保険者へ総合事業のサービスを提供する場合は、その保険者からも指定を受ける必要があります、その状況を札幌市へ報告する必要があります。

### ○ 通常指定の場合

(平成27年4月1日以降に介護予防サービスの指定を受けた事業所)

#### ● 市外保険者への指定申請

札幌市への指定申請とは別に、市外被保険者の保険者に対して指定申請を行ってください。手続き方法については自治体によって異なるため、保険者となっている市町村へ直接お問い合わせください。

#### ● 市外保険者に係る利用届

市外保険者からの指定について、「市外保険者利用届」で札幌市に対して、その指定の状況を届け出てください。

届出のタイミングは、指定申請書類一式の中に添付していただくか、後日別途届出いただいても構いません。なお、届出の際には市外保険者の指定通知写しを必ず添付してください。指定通知のみ後日遅れて送付していただいても構いませんが、指定通知がこちらに到着するまでは、当該保険者のサービス費請求は通りませんのでご注意ください。

### ○ みなし指定の場合

(平成27年3月31日までに介護予防サービスの指定を受けた事業所)

#### ● 市外保険者への指定申請

みなし指定の効力は全市町村に及ぶため、みなし指定の事業所は市外被保険者の保険者となっている市町村へ改めて指定申請を行う必要はありません。

ただし、みなし指定の有効期限である平成30年3月31日に札幌市において指定更新をした後は、指定の効力が札幌市だけに縮小されるため、札幌市の指定更新と併せて市外被保険者の保険者へも指定更新をしていただく必要があります。

#### ● 市外保険者に係る利用届

みなし指定の効力は全市町村に及ぶため、みなし指定期間中は、「市外保険者利用届」を提出する必要はありません。

1年後の指定更新により指定の効力が札幌市のみ縮小される際に、指定更新書類一式と合わせてご提出いただきます。

## 様式記入例



札幌市介護予防・日常生活支援総合事業者 指定申請書

(あて先)札幌市長

平成28年 12月 15日

申請者 住所 **札幌市中央区北1条西2丁目**  
 氏名 **株式会社 札幌市役所**  
**代表取締役 札幌 太郎**  
 (法人にあつては、主たる事務所の所在地並びに  
 に名称及び代表者の氏名)

札幌市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する要綱の規定により、事業者に係る指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|               |   |  |                                      |                          |
|---------------|---|--|--------------------------------------|--------------------------|
| 申請者           | フリガナ  | <b>カ)サッポロシヤクジョ</b>   |                                      |                          |
|               | 名称  | <b>株式会社 札幌市役所</b>  |                                      |                          |
|               | 主たる事務所の所在地  | (郵便番号 <b>060 - 8611</b> )<br><b>札幌市中央区北1条西2丁目1-2</b><br>(ビルの名称等) <b>札幌市役所本庁舎3階</b>   |                                      |                          |
|               | 連絡先   | 電話番号 <b>011-211-0△□×</b>   | FAX番号 <b>011-218-0△□×</b>            |                          |
|               | 法人の種別   | <b>株式会社</b>  | 法人所轄庁                                | <b>法務局</b>               |
|               | 代表者の職・氏名<br>(開設者の氏名)  | 職名 <b>代表取締役</b>  | フリガナ氏名                               | <b>サッポロ 太郎<br/>札幌 太郎</b> |
| 代表(開設)者の住所    | (郵便番号 <b>060 - 0042</b> )<br><b>札幌市中央区大通西1丁目1-2</b><br>(ビルの名称等) |  |                                      |                          |
| 指定を受けようとする事業所 | 事業所等の所在地  | (郵便番号 <b>060 - 0010</b> )<br><b>札幌市北区北10条西1丁目1-2</b><br>(ビルの名称等) <b>札幌マンション123号室</b> |                                      |                          |
|               | 介護予防・生活支援サービス事業(第1号事業)  | 実施事業   | 指定申請をする事業等<br>(事業開始予定年月日)            | 備考                       |
|               | 第1号訪問事業(訪問介護相当型)  |  | 平成 年 月 日                             |                          |
|               | 第1号通所事業   | ○  | 平成 <b>29</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日 |                          |
|               | 第1号介護予防支援事業   |  | 平成 年 月 日                             |                          |
| 指定を受けている市町村名  | <b>石狩市、北広島市</b>   |  |                                      |                          |
| 同一事業の所内で行う    | サービス種類  | 実施事業   | 既に指定を受けている事業等<br>(指定年月日)             | 備考                       |
|               | 訪問介護  |  | 平成 年 月 日                             |                          |
|               | (地域密着型)通所介護   | ○  | 平成 <b>26</b> 年 <b>5</b> 月 <b>1</b> 日 |                          |
|               | 介護予防訪問介護  |  | 平成 年 月 日                             |                          |
|               | 介護予防通所介護  | ○  | 平成 <b>26</b> 年 <b>5</b> 月 <b>1</b> 日 |                          |
| 介護予防支援        |   | 平成 年 月 日   |                                      |                          |
| 介護保険事業所番号     | <b>0 1 7 0 1 2 3 4 5 6</b> (既に指定を受けている場合)                       |  |                                      |                          |

申請する事業所に係る指定を受けている市町村がありましたら記載してください。

同一事業所内で既に指定を受けている場合に記載してください。

- 【注意】
- 「受付番号」欄は、記入しないでください。
  - 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法  
団法人」、「一般財団法人」、「公益財団法人」、「株式会社」等の別を
  - 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可を受けた法人である場合は
  - 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定等を受けているものについて、該当欄に「○」を記入してください。
  - 「指定申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記入してください。
  - 「既に指定を受けている事業等」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記入してください。
  - 当該申請に係る事業の種類に応じた付表を、併せて提出すること。

備考 この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。



札幌市介護予防・日常生活支援総合事業者 指定更新申請書

(あて先)札幌市長

平成30年 1 月 15 日

住所 **札幌市中央区北1条西2丁目**

申請者

氏名 **株式会社 札幌市役所  
代表取締役 札幌 太郎**

法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名



札幌市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する要綱の規定により、事業者に係る指定の更新を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|            |   |  |                           |                           |
|------------|---|--|---------------------------|---------------------------|
| 申請者        | フリガナ  | <b>カ) サッポロシヤクショ</b>  |                           |                           |
|            | 名称  | <b>株式会社 札幌市役所</b>  |                           |                           |
|            | 主たる事務所の所在地  | (郵便番号 <b>060 - 0042</b> )<br><b>札幌市中央区大通西1丁目1-2</b><br>(ビルの名称等)                      |                           |                           |
|            | 連絡先   | 電話番号 <b>011-211-0△□×</b>   | FAX番号 <b>011-218-0△□×</b> |                           |
|            | 法人の種類   | <b>営利法人</b>  | 法人所轄庁                     | <b>法務局</b>                |
|            | 代表者の職・氏名(開設者の氏名)  | 職名 <b>代表取締役</b>  | フリガナ氏名                    | <b>サッポロ タロウ<br/>札幌 太郎</b> |
| 代表(開設)者の住所 | (郵便番号 <b>060 - 0042</b> )<br><b>札幌市中央区大通西1丁目1-2</b><br>(ビルの名称等) |  |                           |                           |
| 事業所        | フリガナ名称  | <b>テイサービスサッポロ<br/>テイサービス札幌</b>   |                           |                           |
|            | 事業所等の所在地  | (郵便番号 <b>060 - 0010</b> )<br><b>札幌市北区北10条西1丁目1-2</b><br>(ビルの名称等) <b>札幌マンション123号室</b> |                           |                           |
|            | 連絡先   | 電話番号 <b>011-211-0△□×</b>   | FAX番号 <b>011-218-0△□×</b> |                           |
| 更新する       | 介護予防・生活支援サービス事業(第1号事業)  | 実施事業   | 現に受けている指定の有効期間満了日         | 更新(○)                     |
|            | 第1号訪問事業(訪問介護相当型)  |  | 平成 年 月 日                  |                           |
|            | 第1号通所事業   | ○  | 平成 <b>30年 3月31日</b>       | ○                         |
|            | 第1号介護予防支援事業   |  | 平成 年 月 日                  |                           |
| 同一事業の所内で   | サービス種類  | 実施事業   | 現に受けている指定の有効期間満了日         | 同時更新(○)                   |
|            | 訪問介護  |  | 平成 年 月 日                  |                           |
|            | (地域密着型)通所介護   | ○  | 平成 <b>33年 7月31日</b>       |                           |
|            | 介護予防訪問介護  |  | 平成 年 月 日                  |                           |
|            | 介護予防通所介護  | ○  | 平成 <b>30年 3月31日</b>       |                           |
| 介護予防支援     |   | 平成 年 月 日   |                           |                           |
| 介護保険事業所番号  |   | <b>0 1 7 0 1 2 3 4 5 6</b>   |                           |                           |

- 注 1 「受付番号」欄は、記載しないでください。  
 2 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「公益社団法人」、「一般財団法人」、「公益財団法人」、「株式会社」等の別を記載してください。  
 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可等を受けた法人である場合は、その主務行政庁の名称を記載してください。  
 4 当該申請に係る事業の種類に応じた付表を、併せて提出すること。

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

変更届出書



(宛先)札幌市長

平成29年 5 月 1 日

住所 **札幌市中央区北1条西2丁目**  
 事業者(開設者) 名称 **株式会社 札幌市役所**  
 代表者の職・氏名 **代表取締役 札幌 太郎**



法人にあつては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名

札幌市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する要綱の規定により、次の事項を変更しましたので届け出ます。

介護保険事業所番号 **0170123456**

|                |   |   |   |
|----------------|---|---|---|
| 内容を変更した事業所(施設) |   | 名称 <b>テイサービス札幌</b>  |   |
|                |   | 所在地 <b>札幌市北区北10条西1丁目1-2</b>                                 |   |
| サービスの種類        |   | <b>第1号通所事業</b>  |   |
| 変更があった事項       |   | 変更の内容   |   |
| 1              | 事業所(施設)の名称及び所在地                             | 【変更前】<br><b>13 管理者:札幌 花子</b><br><b>16 運営規程:「介護職員」常勤専従2名</b> |   |
| 2              | 法人(申請者)の名称及び主たる事務所の所在地                      |   |   |
| 3              | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名                          |   |   |
| 4              | 定款・寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。)    |   |   |
| 5              | 事業所の種別                                      |   |   |
| 6              | 本体施設の概要、本体施設との間の移動経路及び方法並びに移動に要する時間         |   |   |
| 7              | 併設する施設(事業所)の概要等                             |   |   |
| 9              | 事業の実施形態(本体施設が特別養護老人ホーム等の場合の単独型・空床利用型・併設型の別) |   |   |
| 10             | 事業所(施設)の建物構造、平面図、設備の概要及び専用区画等               |   |   |
| 13             | 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴                  |   | 【変更後】<br><b>13 管理者:薄野 次郎</b><br><b>16 運営規程:「介護職員」常勤専従3名</b> |
| 15             | サービス提供責任者の氏名及び住所                            |   |   |
| 16             | 運営規程  |   |   |
| 17             | 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関の名称及び診療科目並びに契約内容         |   |   |
| 18             | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制              |   |   |
| 19             | 役員の氏名、生年月日及び住所                              |   |   |
| 20             | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号                          |   |   |
| 22             | 法人事務所・事業所(施設)の電話番号及びFAX番号                   |   |   |
| 変更年月日          |   | <b>平成29年 4 月 27 日</b>                                       |   |

- 注 1 該当する事項の番号に「○」を記載してください。  
 2 変更内容が分かる書類を添付してください。  
 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

備考 この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

**例**  
再開届出書

平成29年 9月 5日

(宛先) 札幌市長

住 所 **札幌市中央区北1条西2丁目**  
 法人名 **株式会社 札幌市役所**  
 代表者名 **代表取締役 札幌 太郎**  
〔法人にあつては、主たる事務所の所在地  
 地並びに名称及び代表者の氏名〕

札幌市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する要領の規定により、次のとおり事業の再開をいたしましたので届け出ます。

|              |   |   |          |          |          |          |          |          |          |          |
|--------------|---|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 介護保険事業所番号    | <b>0</b>  | <b>1</b>                                  | <b>7</b> | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> |
| 再開をする事業所     | 名 称   | <b>テイサービス 札幌</b>                          |          |          |          |          |          |          |          |          |
|              | 所 在 地   | <b>札幌市北区北10条西1丁目1-2<br/>札幌マンション 123号室</b> |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 再開をするサービスの種類 | <b>第1号通所事業</b>  |   |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 再 開 年 月 日    | <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">→</span> <span>平成29年 9月 1日</span> </div> |   |          |          |          |          |          |          |          |          |

注 1 再開後 10 日以内に届出が必要です。

2 当該事業に係る従業員の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

2016年7月31日

(宛先) 札幌市長

住所 **札幌市中央区北1条西2丁目**  
 法人名 **株式会社札幌市役所**  
 代表者名 **代表取締役 札幌 太郎 君**

〔法人にあっては、主たる事務所の所在地  
 地並びに名称及び代表者の氏名〕

札幌市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する要綱の規定により、次のとおり事業の廃止（休止）をするので届け出ます。

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 介護保険事業所番号                        | <b>0 1 7 0 1 2 3 4 5 6</b>                     |
| 1ヶ月以上前の届出<br>の届出<br>廃止（休止）をする事業所 | 名称 <b>デイサービス札幌</b>                             |
|                                  | 所在地 <b>札幌市北区北10条西1丁目</b>                       |
|                                  | サービス種類 <b>第1号通所事業</b>                          |
| 廃止・休止の別                          | <b>廃止</b> ・ 休止                                 |
| 廃止（休止）をする年月日                     | <b>2016年 8月 31日</b>                            |
| 廃止（休止）をする理由                      | <b>資金不足により経営難になったため</b>                        |
| 現にサービス又は支援を受けている者に対する措置          | <b>利用者1人1人のケアマネージャと連絡を取り、既に全利用者の次の通所先が決定済み</b> |

廃止をする場合のみ記入

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| 廃止をする事業（施設）に関わる補助金等の有無                                  | 有 ・ <b>無</b>                   |
| ※上記が「有」の場合のみ記入<br>・ 補助金等の対象（例：スプリンクラー整備）<br>・ 補助金等の交付年度 | ( )<br>( ) 年度                  |
| 法人が他に運営する介護事業（施設）の有無                                    | <b>有</b> (市内のみ) ・ 有 (市外含む) ・ 無 |

休止をする場合のみ記入

|        |               |
|--------|---------------|
| 休止予定期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
|--------|---------------|

注1 要綱の規定により、廃止又は休止の日の1か月前までに届出が必要です。

注2 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができます。



受付番号

札幌市介護予防・日常生活支援総合事業  
市外保険者 利用届

(あて先)札幌市長

平成28年 12月 15日

事業者 (開設者) 住所 **札幌市中央区北1条西2丁目**  
氏名 **株式会社 札幌市役所**  
**代表取締役 札幌 太郎**  
(法人にあつては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名)



札幌市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する要綱の規定により市外保険者を届け出たので、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|           |           |   |                     |          |          |          |                     |          |          |                  |   |   |   |
|-----------|-----------|---|---------------------|----------|----------|----------|---------------------|----------|----------|------------------|---|---|---|
| 事業所       | フリガナ      | <b>テイサービスサッポロ</b>   |                     |          |          |          |                     |          |          |                  |   |   |   |
|           | 名称        | <b>テイサービス札幌</b>   |                     |          |          |          |                     |          |          |                  |   |   |   |
|           | 事業所等の所在地  | (郵便番号 <b>060 - 0042</b> )<br><b>札幌市中央区大通西1丁目1-2</b><br>(ビル等の名称等)  |                     |          |          |          |                     |          |          |                  |   |   |   |
|           | 連絡先       | 電話  | <b>011-211-0△□×</b> |          |          | FAX      | <b>011-218-0△□×</b> |          |          |                  |   |   |   |
|           | サービス種類    | 第1号訪問事業   |                     |          |          |          | 第1号通所事業             |          |          |                  |   |   |   |
| 介護保険事業所番号 | 0         | 1   | <b>7</b>            | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b>            | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b>         |   |   |   |
| 市外保険者     | 保険者(市町村名) |   |                     |          |          |          |                     |          | 指定年月日    |                  |   |   |   |
|           | ①         | <b>石狩市</b>  |                     |          |          |          |                     |          |          | <b>平成29年4月1日</b> |   |   |   |
|           | ②         | <b>小樽市</b>  |                     |          |          |          |                     |          |          | <b>平成29年4月1日</b> |   |   |   |
|           | ③         | <b>神奈川県横浜市</b>  |                     |          |          |          |                     |          |          | <b>平成29年4月1日</b> |   |   |   |
|           | ④         | <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;">                 ↑↑<br/>                 この場合は、石狩市、小樽市、横浜市の指定通知書の写しを添付して申請してください。<br/>                 (添付が遅れる場合は、後日送付も可能ですが、書類到着までは事業費の請求ができません。)             </div> |                     |          |          |          |                     |          |          | 平成               | 年 | 月 | 日 |
|           | ⑤         |   |                     |          |          |          |                     |          |          | 平成               | 年 | 月 | 日 |
|           | ⑥         |   |                     |          |          |          |                     |          |          | 平成               | 年 | 月 | 日 |
|           | ⑦         |   |                     |          |          |          |                     |          |          | 平成               | 年 | 月 | 日 |
|           | ⑧         |   |                     |          |          |          |                     |          |          | 平成               | 年 | 月 | 日 |
|           | ⑨         | 平成  | 年                   | 月        | 日        |          |                     |          |          |                  |   |   |   |
| ⑩         | 平成        | 年   | 月                   | 日        |          |          |                     |          |          |                  |   |   |   |

**【注意】**

- 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 「サービス種類」は該当するサービスを丸で囲ってください。
- 「市外保険者」欄で届出いただく保険者の事業者指定通知書の写しを添付してください。
- 住所地特例者は本書類の届出対象外です。
- 市外保険者欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。



(別添様式)

例

## 指定申請に係る添付書類一覧表

(※この書類を表紙にして提出してください)

平成28年12月15日

### 1. 申請内容

|                |                            |
|----------------|----------------------------|
| サービス種類(○で囲む)   | 第1号訪問事業 ・ <b>第1号通所事業</b>   |
| 法人名            | <b>株式会社 札幌市役所</b>          |
| 事業所名           | <b>デイサービス札幌市役所</b>         |
| 介護予防サービスの事業所番号 | <b>0 1 7 0 1 2 3 4 5 6</b> |
| 事業所所在区         | <b>中央 区</b>                |

### 2. 添付書類

| 項番 | 様式名    | 書類名称                     | 添付 <input checked="" type="checkbox"/> |
|----|--------|--------------------------|--|
|    | 別添様式   | 添付書類一覧表                  | 本書                                     |
| 1  | 第1号様式  | 札幌市介護予防・日常生活支援総合事業者指定申請書 | <input checked="" type="checkbox"/>    |
| 2  | 付表1又は6 | 付表                       | <input checked="" type="checkbox"/>    |
| 3  | —      | 運営規程                     | <input checked="" type="checkbox"/>    |
| 4  | 参考様式9  | 誓約書及び役員の氏名等              | <input checked="" type="checkbox"/>    |
| 5  | 別紙3-3  | 第1号事業支給費算定に係る体制等に関する届出書  | <input checked="" type="checkbox"/>    |
| 6  | 別紙1-4  | 第1号事業支給費算定に係る体制等状況一覧表    | <input checked="" type="checkbox"/>    |
| 7  | —      | 介護予防訪問(通所)介護事業者指定通知書の写し  | <input checked="" type="checkbox"/>    |
| 8  | —      | 手数料免除申請書                 | <input checked="" type="checkbox"/>    |
| 9  | 第10号様式 | 市外保険者の利用届・他市町村指定通知       | <input checked="" type="checkbox"/>    |

### 3. ご担当者連絡先

提出書類の内容等について、札幌市から事業所へご連絡をする場合があります。問い合わせをする際のご連絡先を記入してください。

|        |                             |
|--------|-----------------------------|
| ご担当者名  | <b>札幌 太郎</b>                |
| ご担当役職名 | <b>管理者</b>                  |
| ご連絡先   | TEL <b>012 - 345 - 6789</b> |

受付

|      |     |
|------|-----|
| 受付番号 |     |
| 区コード | No. |

(例)  
第1号事業支給費算定に係る体制等に関する届出書  
(札幌市介護予防・日常生活支援総合事業)

平成29年 2月 29日

札幌市長 様

住所 **札幌市中央区北1条西2丁目**  
 申請者 氏名 **株式会社 札幌市役所**  
**代表取締役 札幌 太郎** 札幌  
 (法人にあつては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名)

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

|                   |   |  |                                  |  |                     |                  |
|-------------------|---|--|----------------------------------|--|---------------------|------------------|
| 届出者               | フリガナ<br>名称  | <b>カ) サッポロシヤクショ</b><br><b>株式会社 札幌市役所</b>   |                                  |  |                     |                  |
|                   | 主たる事務所の所在地  | (郵便番号 <b>060 - 8611</b> )<br><b>札幌市中央区北1条西2丁目1-2</b><br>(ビルの名称等) <b>札幌市役所本庁舎3階</b>   |                                  |  |                     |                  |
|                   | 連絡先   | 電話番号   | <b>011-211-0△□×</b>              | FAX番号  | <b>011-218-0△□×</b> |                  |
|                   | 法人の種類   | <b>株式会社</b>  | 法人所轄庁                            | <b>法務局</b>   |                     |                  |
|                   | 代表者の職・氏名  | 職名   | <b>代表取締役</b>                     | 氏名   | <b>札幌 太郎</b>        |                  |
| 事業所の状況            | 代表者の住所  | (郵便番号 <b>060 - 0042</b> )<br><b>札幌市中央区大通西1丁目1-2</b>                                  |                                  |  |                     |                  |
|                   | 事業所名  | <b>ネイサービス札幌市役所</b>   |                                  |  |                     |                  |
|                   | 事業所の所在地   | (郵便番号 <b>060 - 0010</b> )<br><b>札幌市北区北10条西1丁目1-2</b><br>(ビルの名称等) <b>札幌マンション123号室</b> |                                  |  |                     |                  |
|                   | 連絡先   | 電話番号   | <b>011-211-0△□×</b>              | FAX番号  | <b>011-218-0△□×</b> |                  |
|                   | 管理者の氏名  | <b>札幌 次郎</b>   |                                  |  |                     |                  |
| 管理者の住所            | (郵便番号 <b>060 - 0042</b> )<br><b>札幌市中央区大通西1丁目1-3</b> |  |                                  |  |                     |                  |
| 同一所在地において行う事業等の種類 |   | 実施状況   | 指定(許可)年月日                        | 異動等の区分   | 異動(予定)年月日           | 異動項目<br>(※変更の場合) |
| 届出事業所             | 第1号訪問事業(訪問介護相当型サービス)                                |  |                                  | 1 新規 2 変更 3 終了   |                     |                  |
|                   | 第1号通所事業   |  |                                  | <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 1px;">1</span> 新規 2 変更 3 終了 | <b>平成29年4月1日</b>    |                  |
|                   | 第1号介護予防支援事業   |  |                                  | 1 新規 2 変更 3 終了   |                     |                  |
| 併設事業所             | 訪問介護<br>(地域密着型)通所介護                                 |  | <input checked="" type="radio"/> | <b>平成25年5月1日</b>   | /                   |                  |
|                   | 介護予防訪問介護  |  |                                  |  |                     |                  |
|                   | 介護予防通所介護  |  | <input checked="" type="radio"/> | <b>平成25年5月1日</b>   |                     |                  |
|                   | 介護予防支援  |  |                                  |  |                     |                  |
| 介護保険事業所番号         |   | <b>0 1 7 0 1 2 3 4 5 6</b>   |                                  | (指定を受けている場合)   |                     |                  |
| 特記事項              | 変更前   |  |                                  | 変更後  |                     |                  |
|                   |   |  |                                  | <b>新規指定による申請</b>   |                     |                  |

関係書類 別添のとおり

- 【備考】 1 「受付番号」、「区コード」、「No.」欄には記載しないでください。  
 2 「法人の種類」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「公益社団法人」、「一般財団法人」、「公益財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。  
 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。  
 4 「実施状況」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。  
 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字に「○」を記入してください。  
 6 「異動項目」欄には、(別紙1-4)「第1号事業支給費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。  
 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。

第1号事業支給費算定に係る体制等状況一覧表（札幌市介護予防・日常生活支援総合事業）

例

|          |                  |      |                    |       |                            |
|----------|------------------|------|--------------------|-------|----------------------------|
| 法人(開設者)名 | <b>株式会社札幌市役所</b> | 事業所名 | <b>デイサービス札幌市役所</b> | 事業所番号 | <b>0 1 7 0 1 2 3 4 5 6</b> |
|----------|------------------|------|--------------------|-------|----------------------------|

| 提供サービス | 施設等の区分               | 人員配置区分 | その他該当する体制等     | 割引                              |           |
|--------|----------------------|--------|----------------|---------------------------------|-----------|
| A 2    | 第1号訪問事業<br>(訪問介護相当型) |        | サービス提供責任者体制の減算 | 1 なし 2 あり                       | 1 なし 2 あり |
|        |                      |        | 介護職員処遇改善加算     | 1 なし 5 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ 3 加算Ⅲ<br>4 加算Ⅳ |           |
| A 6    | 第1号通所事業              |        | 職員の欠員による減算の状況  | ① なし 2 看護職員 3 介護職員              | ① なし 2 あり |
|        |                      |        | 若年性認知症利用者受入加算  | ① なし 2 あり                       |           |
|        |                      |        | 生活機能向上グループ活動加算 | ① なし 2 あり                       |           |
|        |                      |        | 運動器機能向上加算      | 1 なし ② あり                       |           |
|        |                      |        | 栄養改善体制         | ① なし 2 あり                       |           |
|        |                      |        | 口腔機能向上体制       | ① なし 2 あり                       |           |
|        |                      |        | 選択的サービス複数実施加算  | ① なし 2 あり                       |           |
|        |                      |        | 事業所評価加算〔申出〕の有無 | ① なし 2 あり                       |           |
|        |                      |        | サービス提供体制強化加算   | ① なし 4 加算Ⅰイ 2 加算Ⅰロ 3 加算Ⅱ        |           |
|        |                      |        | 介護職員処遇改善加算     | 1 なし ⑤ 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ 3 加算Ⅲ<br>4 加算Ⅳ |           |

**備考 (別紙1-4) 介護予防・日常生活支援総合事業**

1 各加算に添付する書類については「届出が必要な加算と添付書類一覧表」を参照してください。

【札幌市公式HP掲載箇所】 <http://www.city.sapporo.jp/kaigo/k200jigyo/sogokasaniko.html>

ホーム > 健康・福祉・子育て > 福祉・介護 > 高齢福祉・介護保険 > 介護事業者のみなさまへ > 介護予防・日常生活支援総合事業 > 事業移行期の加算の届出

該当する提供サービスのすべての項目に○を付けてください。

付表1 訪問介護・介護予防訪問介護、第1号訪問事業所の指定に係る記載事項

|                             |                                     |                              |                   |                         |           |  |
|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-------------------|-------------------------|-----------|--|
|                             |                                     | 受付番号                         |                   | 例                       |           |  |
| 事業所                         | フリガナ                                | ヘルパーステーションサッポロシヤクショ          |                   |                         |           |  |
|                             | 名称                                  | ヘルパーステーション札幌市役所              |                   |                         |           |  |
|                             | 所在地                                 | (郵便番号 060 - 0042 )           |                   |                         |           |  |
|                             |                                     | 札幌市中央区大通北1条西2丁目3-4           |                   |                         |           |  |
|                             |                                     | (ビルの名称等)                     |                   |                         |           |  |
| 連絡先                         | 電話番号                                | 011-211-0△□×                 | FAX番号             | 011-218-0△□×            |           |  |
| メールアドレス                     | sapporoshiyakusyo@.....com          |                              |                   | ※必須                     |           |  |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等の条文 |                                     | 第3条第4項第5号                    |                   |                         |           |  |
| 同一事業所内での訪問事業実施有無            |                                     | 訪問介護<br>(有・無)                | 介護予防訪問介護<br>(有・無) | 第1号事業(訪問型サービス)<br>(有・無) |           |  |
| 管理者                         | フリガナ                                | サッポロ タロウ                     | 住所                | (郵便番号 - )               |           |  |
|                             | 氏名                                  | 札幌 太郎                        |                   | 札幌市中央区大通西1丁目1-2         |           |  |
|                             | 生年月日                                | 昭和50年5月5日                    |                   |                         |           |  |
|                             | 訪問介護員等との兼務の有無                       |                              | (有・無)             | (職種)                    | サービス提供責任者 |  |
|                             | 同一敷地内の他の事業所又は施設内の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入) |                              | 事業所等の名称           | デイサービス札幌市役所             |           |  |
|                             |                                     | 兼務する職種及び勤務時間帯                | 管理者<br>9:00~9:30  |                         |           |  |
| サービス提供責任者                   | フリガナ                                | サッポロ タロウ                     | 住所                | (郵便番号 012-3456 )        |           |  |
|                             | 氏名                                  | 札幌 太郎                        |                   | 札幌市中央区大通西1丁目1-2         |           |  |
|                             | フリガナ                                | サッポロ ハナコ                     | 住所                | (郵便番号 012-4567 )        |           |  |
|                             | 氏名                                  | 札幌 花子                        | 札幌市中央区大通西1丁目1-3   |                         |           |  |
| 従業者の職種・員数                   |                                     | 訪問介護員等                       |                   |                         |           |  |
|                             |                                     | 専従                           | 兼務                |                         |           |  |
|                             |                                     | 常勤(人)                        | 2                 | 1                       |           |  |
|                             |                                     | 非常勤(人)                       | 1                 | 0                       |           |  |
|                             |                                     | 常勤換算後の人数(人)                  | 2.7               |                         |           |  |
| 基準上の必要な人数(人)                |                                     |                              |                   |                         |           |  |
| 適合の可否                       |                                     |                              |                   |                         |           |  |
| 主な揭示事項                      | 営業日                                 | 月~金(祝日、8/13~15、12/29~1/3を除く) |                   |                         |           |  |
|                             | 営業時間                                | 8:30~17:30                   |                   |                         |           |  |
|                             | 利用料                                 | 法定代理受領分                      | 介護報酬告示上の額         |                         |           |  |
|                             |                                     | 法定代理受領分以外                    | 介護報酬告示上の額         |                         |           |  |
|                             | その他の費用                              | 運営規程のとおり                     |                   |                         |           |  |
| 通常の事業の実施地域                  | 札幌市中央区、北区                           |                              |                   |                         |           |  |
| 添付書類                        | 別添のとおり                              |                              |                   |                         |           |  |

## 【記載上の注意】

- 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」、「適合の可否」欄には記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「訪問介護員等との兼務の有無」欄について、有の場合は、その兼務する職種を記載してください。
- 4 「常勤換算後の人数」は小数点第2位以下を切り捨てた値です。
- 5 「メールアドレス」は必ず記載してください。

付表6 (地域密着型)通所介護、介護予防通所介護、第1号通所事業所の指定に係る記載事項



|                            |                                     |  |                   |                  |           |      |    |         |    |   |
|----------------------------|-------------------------------------|--|-------------------|------------------|-----------|------|----|---------|----|---|
|                            |                                     | 受付番号                                   |                   |                  |           |      |    |         |    |   |
| 事業所                        | フリガナ                                | テイサービスサッポロシヤクショ                        |                   |                  |           |      |    |         |    |   |
|                            | 名称                                  | テイサービス札幌市役所                            |                   |                  |           |      |    |         |    |   |
|                            | 所在地                                 | (郵便番号 060 - 0042 )                     |                   |                  |           |      |    |         |    |   |
|                            |                                     | 札幌市中央区大通北1条西2丁目3-4                     |                   |                  |           |      |    |         |    |   |
|                            |                                     | (ビルの名称等)                               |                   |                  |           |      |    |         |    |   |
| 連絡先                        | 電話番号                                | 011-211-0△□×                           | FAX番号             | 011-218-0△□×     |           |      |    |         |    |   |
| メールアドレス                    | sapporoshiyakusyo@.....com          |  |                   | ※必須              |           |      |    |         |    |   |
| 当該事業実施について定めてある定款・寄付行為等の条文 |                                     | 第3条第4項第5号                              |                   |                  |           |      |    |         |    |   |
| 同一事業所内での通所介護実施有無           |                                     | (地域密着型)通所介護<br>(有・無)                   | 介護予防通所介護<br>(有・無) | 第1号通所事業<br>(有・無) |           |      |    |         |    |   |
| 管理者                        | フリガナ                                | サッポロ タロウ                               | 住所                | (郵便番号 - )        |           |      |    |         |    |   |
|                            | 氏名                                  | 札幌 太郎                                  |                   | 札幌市中央区大通西1丁目1-2  |           |      |    |         |    |   |
|                            | 生年月日                                | 昭和50年5月5日                              |                   |                  |           |      |    |         |    |   |
|                            | 当該事業所で兼務する職種(兼務の場合のみ記入)             |  |                   | 生活相談員            |           |      |    |         |    |   |
|                            | 同一敷地内の他の事業所又は施設内の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入) | 事業所等の名称                                | ヘルパーステーション札幌市役所   |                  |           |      |    |         |    |   |
|                            | 兼務する職種・勤務時間帯                        | 管理者<br>9:00~9:30                       |                   |                  |           |      |    |         |    |   |
| 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 |    |   |
|                            |                                     | 専従                                     | 兼務                | 専従               | 兼務        | 専従   | 兼務 | 専従      | 兼務 |   |
|                            |                                     | 常勤(人)                                  | 1                 | 1                | 0         | 0    | 4  | 0       | 1  | 0 |
|                            |                                     | 非常勤(人)                                 | 0                 | 0                | 0         | 1    | 1  | 0       | 0  | 1 |
|                            |                                     | 基準上の必要人数(人)                            |                   |                  |           |      |    |         |    |   |
| 適合の可否                      |                                     |  |                   |                  |           |      |    |         |    |   |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積             |                                     |  | 基準上必要な面積          |                  | 適合の可否     |      |    |         |    |   |
| 50.55 m <sup>2</sup>       |                                     |  | m <sup>2</sup> 以上 |                  |           |      |    |         |    |   |
| 主な揭示事項                     | 営業日                                 | (単位ごとの営業日)月~金(祝日、8/13~15、12/29~1/3を除く) |                   |                  |           |      |    |         |    |   |
|                            | サービス提供時間(送迎時間を除く)                   | ①単位目                                   | ②単位目              |                  | ③単位目      |      |    |         |    |   |
|                            |                                     | (9:00 ~ 12:05)                         | (13:30 ~ 16:35)   |                  | (: ~ :)   |      |    |         |    |   |
|                            | 利用定員                                | 15人(単位ごと ① 15人、② 15人、③ 人)              |                   |                  |           |      |    |         |    |   |
|                            | 利用料                                 | 法定代理受領分                                |                   |                  | 介護報酬告示上の額 |      |    |         |    |   |
|                            |                                     | 法定代理受領分以外                              |                   |                  | 介護報酬告示上の額 |      |    |         |    |   |
| その他の費用                     | 運営規程のとおり                            |  |                   |                  |           |      |    |         |    |   |
| 通常の事業の実施地域                 | 札幌市中央区、北区                           |  |                   |                  |           |      |    |         |    |   |
| 添付書類                       | 別添のとおり                              |  |                   |                  |           |      |    |         |    |   |

【記載上の注意】

- 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」、「基準上の必要な面積」、「適合の可否」欄には記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。
- 3 メールアドレスは必ず記載してください。

誓約書



平成 28 年 12 月 15 日

(あて先) 札幌市長

住所 **札幌市中央区北1条西2丁目**  
 申請者 **株式会社 札幌市役所**  
 名称 **代表取締役 札幌 太郎**



〔法人にあつては、主たる事務所の所在地並びに名称  
 及び代表者の職名並びに氏名〕

申請者、役員及び管理者が下記の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

1 申請するサービス種類に☑をつけてください。

| サービス種類                                    | 規定条文  |                  |
|---|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> 居宅サービス           | ① 第70条第2項各号   | ② 第3条、第4条第3項     |
| <input type="checkbox"/> 介護予防サービス         | ① 第115条の2第2項各号  | ② 第3条、第4条第3項     |
| <input type="checkbox"/> 居宅介護支援           | ① 第79条第2項各号   | ④ 第3条、第4条第5項     |
| <input type="checkbox"/> 介護予防支援 (参考様式9-3) | ① 115条の22第2項各号  | ⑤ 第3条、第4条第5項     |
| <input type="checkbox"/> 地域密着型サービス        | ① 第78条の2第4項各号   | ⑥ 第3条、第4条第3項     |
| <input type="checkbox"/> 地域密着型介護予防サービス    | ① 第115条の12第2項   | ⑥ 第3条、第4条第3項     |
| <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設         | ① 第86条第2項各号   | ⑦ 第2条第4項、第44条第3項 |
| <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設         | ① 第94条第3項各号   | ⑧ 第2条第4項、第43条第3項 |
| <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設        | 健康法の一部を改正する法律(平成18年法律第83号)附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法第107条第3項各号 |                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 第1号事業 | ⑨ 第2条第4項、第42条第3項  | ⑩ 第4条第1号         |

- ① 介護保険法
- ② 札幌市指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準等に関する条例
- ③ 札幌市指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準等に関する条例
- ④ 札幌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
- ⑤ 札幌市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営の基準等に関する条例
- ⑥ 札幌市地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営の基準等に関する条例
- ⑦ 札幌市指定介護老人福祉施設の入所定員、人員、設備及び運営の基準に関する条例
- ⑧ 札幌市介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営の基準に関する条例
- ⑨ 札幌市指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営の基準に関する条例
- ⑩ 札幌市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱

2 役員等名簿 別添のとおり

別添

| 役員等名簿             |     |                          |  |
|-------------------|-----|--------------------------|--|
| (ふりがな)<br>氏名      | 性別  | 生年月日                     | 郵便番号 住所  |
|                   |     | 役職名・呼称                   | TEL FAX  |
| さっぽろ たくや<br>札幌 太郎 | 男・女 | M・T・S・H 45年1月1日<br>代表取締役 | 〒012-3456 札幌市中央区北1条西2丁目<br>TEL:012-345-6789 FAX:012-345-7890 |
| さっぽろ じろう<br>札幌 次郎 | 男・女 | M・T・S・H 60年2月2日<br>管理者   | 〒012-3456 札幌市中央区北1条西2丁目<br>TEL:012-345-6789 FAX:012-345-7890 |
|                   | 男・女 | M・T・S・H 年 月 日            |  |
|                   | 男・女 | M・T・S・H 年 月 日            |  |
|                   | 男・女 | M・T・S・H 年 月 日            |  |
|                   | 男・女 | M・T・S・H 年 月 日            |  |
|                   | 男・女 | M・T・S・H 年 月 日            |  |
|                   | 男・女 | M・T・S・H 年 月 日            |  |
|                   | 男・女 | M・T・S・H 年 月 日            |  |
|                   | 男・女 | M・T・S・H 年 月 日            |  |
|                   | 男・女 | M・T・S・H 年 月 日            |  |
|                   | 男・女 | M・T・S・H 年 月 日            |  |
|                   | 男・女 | M・T・S・H 年 月 日            |  |

【備考】

- 1 当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者(理事、監査役、監事等)と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所を管理する者について記入してください。
- 2 役員名簿等に記載された者については、暴力団員であるかどうかの確認をするため、札幌市暴力団の排除に関する条例第13条第2項の規定に基づき、札幌市が北海道警察に照会をすることがあります。

|    |    |   |
|----|----|---|
| 課長 | 係長 | 係 |
|    |    |   |



下記の申請のとおり免除してよろしいでしょうか。

## 手数料免除申請書

平成 **28** 年 **12** 月 **15** 日

(あて先) 札幌市長

申請者 住所 **札幌市中央区北1条西2丁目**  
 氏名 **株式会社 札幌市役所**  
**代表取締役 札幌 太郎**

**札**

〔 法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名 〕

札幌市介護保険条例第14条第2項の規定による免除を申請します。

|   |   |
|---|---|
| 1. 免除事由<br>※該当するものに<br><input checked="" type="checkbox"/> を付けること | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の事業所において別表各項の左欄に掲げるサービス及び右欄に掲げるサービスを一体的に運営するための指定申請（指定更新を含む）<br><input type="checkbox"/> 介護保険法第71条第1項、第72条及び第115条の11により第41条第1項本文及び第53条第1項本文の指定があつたものとみなされるサービスで別段の届出をした後、改めて行う指定申請（指定更新を含む）<br><input type="checkbox"/> 地域密着型サービス及び介護予防地域密着型サービスのうち、札幌市の被保険者が札幌市の区域外の事業所からサービス提供を受けるための指定申請（指定更新を含む）<br><input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームで行う空床利用型の（介護予防）短期入所生活介護の指定申請（指定更新を含む）<br><input type="checkbox"/> その他（詳細な理由を下記にご記入ください。）<br>[ ] |
| 2. サービス種類   | <b>第1号通所事業</b>  |
| 3. 事業所等   | 名称 <b>デイサービス札幌</b><br>(郵便番号 <b>000-0000</b> )<br>所在地 <b>札幌市中央区北1条西2丁目</b><br>(ビルの名称等)   |
|   | 新規 指定予定日 平成 <b>29</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日<br>更新 現に受けている指定（許可）の有効期間満了日<br>平成 年 月 日<br>介護保険事業所番号 [ ]  |



## 別表

| 項  | 左欄           | 右欄                                    |
|----|--------------|---------------------------------------|
| 1  | 訪問介護         | 介護予防訪問介護・第1号訪問事業（総合事業）<br>のいずれか一方又は両方 |
| 2  | 介護予防訪問介護     | 第1号訪問事業（総合事業）                         |
| 3  | 訪問入浴介護       | 介護予防訪問入浴介護                            |
| 4  | 訪問看護         | 介護予防訪問看護                              |
| 5  | 訪問リハビリテーション  | 介護予防訪問リハビリテーション                       |
| 6  | 居宅療養管理指導     | 介護予防居宅療養管理指導                          |
| 7  | 通所介護         | 介護予防通所介護・第1号通所事業（総合事業）<br>のいずれか一方又は両方 |
| 8  | 介護予防通所介護     | 第1号通所事業（総合事業）                         |
| 9  | 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                       |
| 10 | 短期入所生活介護     | 介護予防短期入所生活介護                          |
| 11 | 短期入所療養介護     | 介護予防短期入所療養介護                          |
| 12 | 特定施設入居者生活介護  | 介護予防特定施設入居者生活介護                       |
| 13 | 福祉用具貸与       | 介護予防福祉用具貸与                            |
| 14 | 特定福祉用具販売     | 特定介護予防福祉用具販売                          |
| 15 | 地域密着型通所介護    | 介護予防通所介護・第1号通所事業（総合事業）<br>のいずれか一方又は両方 |
| 16 | 認知症対応型通所介護   | 介護予防認知症対応型通所介護                        |
| 17 | 小規模多機能型居宅介護  | 介護予防小規模多機能型居宅介護                       |
| 18 | 認知症対応型共同生活介護 | 介護予防認知症対応型共同生活介護                      |