

居宅介護支援事業所指定申請の手引き

小牧市

令和8年1月

目 次

I 指定について

- 1 指定の意義
- 2 指定の基準
- 3 指定の事務の流れ

II 指定申請書類について

- 1 指定申請書類一覧
- 2 指定申請書類の記入要領

III 変更、廃止・休止・再開の届出について

- 1 変更の届出
- 2 廃止・休止・再開の届出

この手引きは、新規指定の申請をされる方に、運営基準を理解しながら手続きを行っていただけけるよう作成しました。

また、既に開設された事業所の方にも、運営基準に則した適正な運営のために活用していただけましたら幸いです。

なお、この手引きは、随時見直しています。その都度、小牧市のホームページにて改訂版を提供しますので、必ずホームページで最新版を御確認の上、申請手続きをしてください。

この手引きは、令和8年1月版です。

I 指定について

I-1 指定の意義

- ・小牧市に事業所を設置し、介護保険法に基づく居宅介護支援の事業を行い、介護報酬を受けるには、小牧市長の指定を受ける必要があります。
- ・指定は、事業者からの申請に基づき、事業所ごとに行います。
- ・指定にあたり、①申請者が法人であること、②従業者の人員及び設備の基準を満たすこと、③その他役員等が欠格事由に該当しないこと等を審査し、行います。
- ・指定の有効期間は、6年間です。それ以降も継続して事業を実施する場合は、指定の更新申請をする必要があります。また、基準に従って適切な運営がされない場合や、過去に指定の取消処分を受けた場合には、指定の更新が受けられないことがあります。
- ・人員基準違反、設備・運営基準違反など取消し事由に該当した場合は、指定の取り消しや、指定の全部又は一部の効力停止（介護報酬の請求停止や新規利用者との契約停止など）の行政処分を受けることがあります。

I-2 指定の基準

- ・居宅介護支援についての指定の基準は、事業運営にあたって事業者が満たすべき基準である「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」（平成11年厚生省令第38号、以下「基準省令」という。）です。また、その解釈通知として、「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」（平成11年老企第22号）があります。事業を行うにあたりこれらの省令、通知についての理解が必要です。
- ・基準省令は、必要最低限の基準を定めたものであり、事業者はこれらを遵守し、常に事業運営の向上に努めなければなりません。
- ・なお、平成30年4月からは、これら国の基準をベースに小牧市条例が制定されました。
- ・指定基準には、次の内容が定められています。

① 基本方針	指定居宅介護支援の目的など
② 人員基準	従業者の技能・人員に関する基準
③ 運営基準	保険給付の対象となる介護サービス事業を実施する上で求められる運営上の基準

（1）基本方針のあらまし

- ① 在宅介護の重視
 - ② 高齢者自身によるサービスの選択
 - ③ 保健・医療・福祉サービスの総合的、効率的な提供
 - ④ 利用者本位
 - ⑤ 公正中立
- 等

（基準省令第1条、小牧市条例第4条）

- ・指定居宅介護支援事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限

りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう配慮して行われるものでなければなりません。

- ・指定居宅介護支援事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければなりません。
- ・指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することにならないよう、公正中立に行われなければなりません。指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、市町村、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設等との連携に努めなければなりません。

(2) 人員基準のあらまし

ア 従業者

- ・常勤の介護支援専門員を1人以上置くこと。
- ・介護支援専門員の員数の基準は、利用者の数（事業所において介護予防支援を行う場合にあっては、居宅介護支援の利用者の数に介護予防支援の利用者の数に三分の1を乗じた数を加えた数。）が44人（事業所においてケアプランデータ連携システムを活用し、かつ、事務職員を配置している場合は49人）又はその端数を増すごとに1であること。増員の介護支援専門員は非常勤で可能。

イ 管理者

・資格要件

主任介護支援専門員であること。（介護支援専門員証の有効期限が切れていなければ必要です。）

専従で常勤の者を配置する（1人）。

・兼務の取扱い

- ・兼務は、管理業務に支障がないことが前提です。
- ・当該居宅介護支援事業所の介護支援専門員の職務に従事する場合は、兼務可能です。この場合、介護支援専門員の常勤換算は1.0となります。
- ・他の事業所の職務との兼務は可能です。この場合、他の事業所とは、必ずしも指定居宅サービス事業所に限定されません。例えば、介護保険施設、病院、診療所、薬局等の業務に従事する場合も、管理業務に支障がない場合は認められます。
- ・ただし、常勤換算は一律0.5扱いとなります。

例 管理者兼介護支援専門員として0.5、他の兼務先の業務で支障の無い業務の場合、他の業務従事者として0.5

- ・事業所の営業時間中は、常に利用者からの利用申し込みに対応できる体制を整えている必要があります。
- ・そのため、1人ケアマネ（管理者兼介護支援専門員）の場合、兼務できる職

種は限定的となります。例えば、介護支援専門員の職務と同時並行的に行われる併設事業所の管理者の場合は、介護支援専門員業務・双方の管理業務に支障がなければ、兼務は認められます。

- ・当該居宅介護支援事業所以外の介護保険施設の常勤専従の介護支援専門員との兼務は認められません。
- ・管理者の職務（基準省令第17条、小牧市条例第20条）
 - ・介護支援専門員その他の従業者管理、利用申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行う。
 - ・介護支援専門員その他の従業者に運営に関する基準を遵守させるため必要な指揮命令を行う。

※常勤換算方法とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。この場合の勤務延時間数は、当該事業所の指定に係る事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該事業所が居宅介護支援と通所介護の指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が介護支援専門員と通所介護の介護職員を兼務する場合、介護支援専門員の勤務延時間数には、介護支援専門員としての勤務時間だけを算入することとなるものであること。（小数点第2位切り捨て）

（3）設備及び備品等に関する留意事項

- ア 専用の区画
 - ・事業運営のために必要な広さの専用の区画を設けること。
 - ・他の事業の用に供するものと明確に区分される場合は、他の事業と同一の事務室であっても差し支えありません。間仕切りがなくとも、指定居宅介護支援の事業を行うための区画が明確に特定されれば足ります。
- イ 相談、サービス担当者会議等に対応するためのスペース
 - ・相談、サービス担当者会議等に対応するためのスペースを設けること（共用可）。
 - ・相談のためのスペース等は、利用者が直接出入りできるなど利用しやすい構造とすること。
 - ・相談スペースは、少なくともパーティション（ついたて）などにより、プライバシーが確保されるものとすること。
- ウ 設備及び備品
 - ・指定居宅介護支援に必要な設備及び備品等を確保すること。
(電話、ファックス、パソコン、個人情報が管理できるキャビネットなど)
- エ その他
 - ・事務室・区画、又は設備及び備品等については、必ずしも事業者所有でなくても

貸与を受けているもので足ります。

(4) 運営基準のあらまし

運営の基準として次のような項目が、規定されています。

- ・利用申込者に対するサービス提供内容及び手続の説明及び同意
- ・提供拒否の禁止
- ・サービス提供困難時の対応
- ・受給資格等の確認
- ・要介護認定の申請に係る援助
- ・身分を証する書類の携行
- ・利用料等の受領
- ・保険給付の請求のための証明書の交付
- ・指定居宅介護支援の基本取扱方針
- ・指定居宅介護支援の具体的取扱方針
- ・法定代理受領サービスに係る報告
- ・利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付
- ・利用者に関する市への通知
- ・管理者の責務
- ・運営規程
- ・勤務体制の確保等
- ・業務継続計画の策定等
- ・設備及び備品等
- ・介護支援専門員の健康管理
- ・感染症の予防及びまん延の防止のための措置
- ・重要事項説明書の掲示
- ・秘密保持
- ・広告
- ・居宅サービス事業者等からの利益収受の禁止等
- ・苦情への対応
- ・事故発生時の対応
- ・虐待の防止
- ・会計の区分
- ・記録の整備
- ・電磁的記録等

I－3 指定の事務の流れ

(1) 指定の受付担当部署

- ・居宅介護支援事業の指定に関する事務は、小牧市介護保険課において行います。
- ・図面相談、新規申請は、事前予約が必要です。電話で予約をした上で介護保険課窓口へお越しください。
- ・提出書類の様式などは、小牧市のホームページに掲載しています。

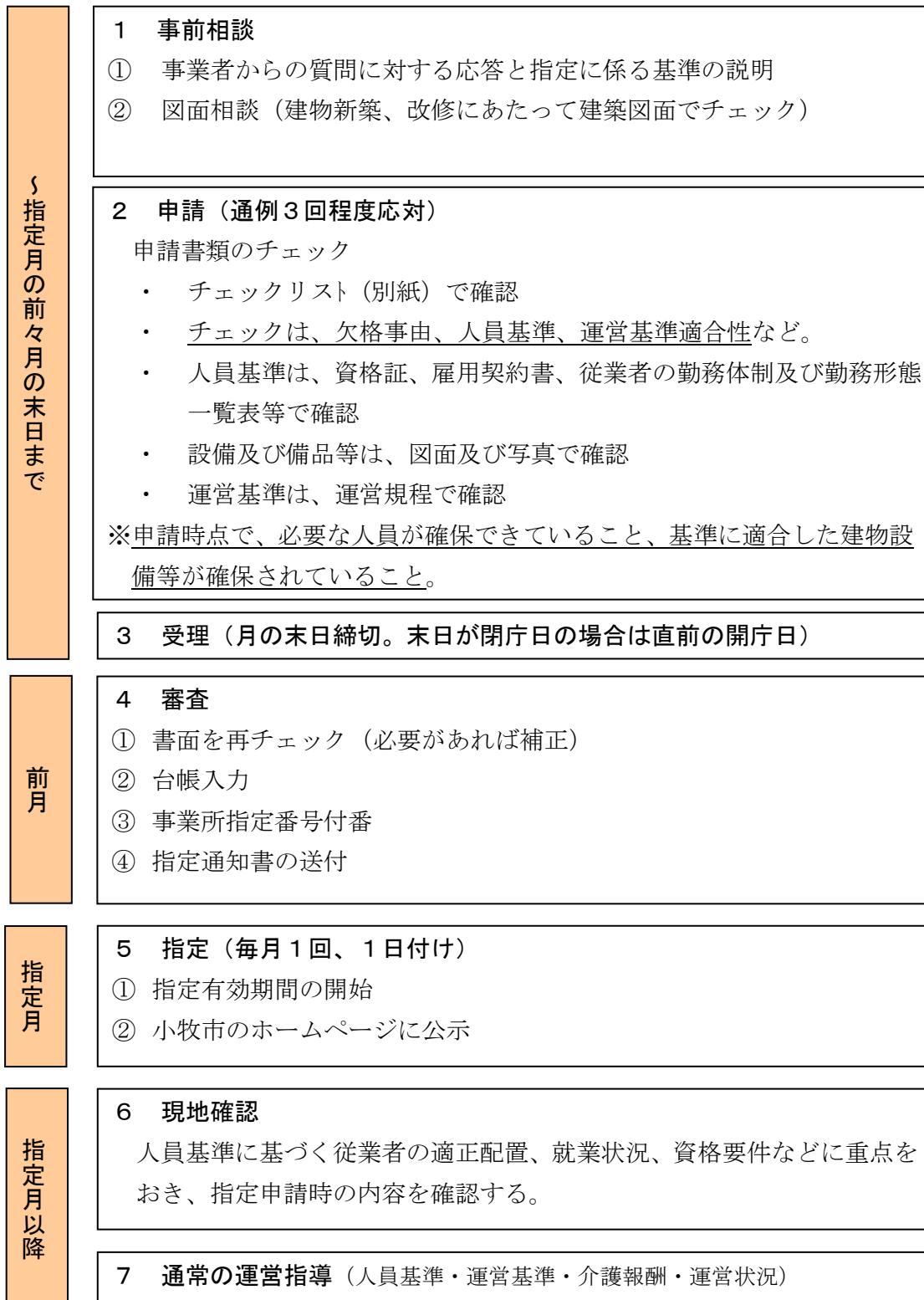
(2) 指定のスケジュール

ア 基本ルール

- ① 指定は、指定希望月の前々月の末日までに受付け、受理した申請書類を審査の上、翌々月の1日付けで行います。
例：6月25日に受理した申請は、審査の上、8月1日に指定する。
なお、月の末日が閉庁日の場合は、直前の開庁日を締切日とします。
例：月の末日が日曜日の場合は、その前々日の金曜日が締切日。
- ② 書類に不備のあるものについては、受理しません。
- ③ 申請時点で、建物・備品等が使用可能な状態になっている必要があります。
- ④ 申請を受理した翌日に調査しても基準を満たしていることが確認できる状況となっていることが必要です。なお、原則として、指定日以後、申請内容と相違ないか確認するため現地確認を行います。

イ 指定申請の流れ

- ・指定申請についての大まかな流れは、下記のとおりです。
- (指定申請の流れ)



＜指定申請書受理後の留意事項＞

指定申請書受理後、指定月まで約1か月ありますが、その間も指定申請書等の審査期間です。

あくまでも指定予定であり、指定されるまでの間は利用予定者との契約はできませんので御注意ください。

なお、指定申請書を提出し、事業開始までに配置予定であった職員に変更が生じた場合は、必ず申請書受付機関にその旨を文書により報告してください。

必要職員の配置が困難となった場合は、申請の取り下げをする必要があります。取り下げをしない場合でも、その事実が確認されている場合は、指定時の人員基準を満たしていないため指定できません。

適正な人員が確保できないまま、取り下げせずに指定を受けた場合は、不正な手続により指定を受けた場合に該当する可能性が高く、指定の取消処分の対象となることがありますので、十分留意してください。

また、広報等については以下のことに注意してください。

- ◎ 内容が虚偽又は誇大なものとならないようにしてください。
- ◎ 「居宅介護支援」については、他の居宅サービスや施設サービスと同一紙面に広告はできません。
- ◎ リーフレット等には、介護事業所として既に指定を受けているかのような表現はしないようにしてください。（例 良い例：8月1日指定予定、悪い例：8月1日オープン）また、内覧会等を開催する場合についても同様です。
- ◎ 各家庭を訪問し、広報を行うにあたっても、強引な勧誘と受け取られかねないような対応は慎んでください。

なお、事業の開始は原則として指定日と同日としてください。

（3）業務管理体制整備に関する届出

法人として、新規に介護サービスを始めた場合は、医療みなし事業所のみの事業所を除き、法人単位で、業務管理体制を整備し、愛知県高齢福祉課介護保険指導第一グループ（電話（直）052-954-6289）に届け出る必要があります。指定申請とは別の届出が必要ですので忘れないようお願いします。

届出が必要な事由、届出様式などは、愛知県高齢福祉課介護保険指導第一グループのホームページ（<https://www.pref.aichi.jp/soshiki/korei/gyoumukanri.html>）に掲載しています。

II 指定申請書類について

II-1 指定申請書類一覧（居宅介護支援事業）

- ・居宅介護支援事業の指定申請をするためには、下記の書類が必要です。
- ・書類の提出については、原則として電子申請・届出システムを利用してください。
- ・申請（申請相談）にあたって、電子申請・届出システムを利用できない場合については、
指定申請書類一覧表を一番上にし、指定申請書類一覧表の番号順に揃えて、提出してください。
- ・下記の書類の他に、必要に応じて追加資料を求める場合があります。

指定申請書類一覧表

- (1) 指定居宅介護支援事業所指定申請書（様式第二号（一））
- (2) 指定居宅介護支援事業所の指定等に係る記載事項（付表第2号（十一））
- (3) 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧（標準様式7）
- (4) 登記事項証明書（直近3ヶ月以内の原本）
- (5) 土地・建物が賃貸にあってはその契約書の写し又は法人所有の場合は所有がわかるもの
- (6) 介護保険法第79条第2項の規定に該当しない旨の誓約書（標準様式6）
- (7) 暴力団排除に関する誓約書（様式6）
- (8) 事業所の平面図（標準様式3）
- (9) 主要な場所の写真（参考様式13）
- (10) 管理者の経歴書（標準様式2）、資格証の写し、雇用関係を証する書類
- (11) 主任介護支援専門員研修修了証の写し
- (12) 介護支援専門員の資格証の写し、雇用関係を証する書類
- (13) 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（標準様式1）
- (14) 運営規程
- (15) 重要事項説明書
- (16) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要（標準様式5）
- (17) 関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容（参考様式あり）
- (18) 収支予算書（事業開始月から1年以上の収支見込み）（参考様式15）
- (19) 社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票（参考様式16）
- (20) 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙3-2）
- (21) 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1-1）

II-2 指定申請書類の記入要領

(1) 指定申請書（様式第二号（一））

別紙様式第二号(一)

指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所
指定居宅介護支援事業所
指定介護予防支援事業所

指定申請書

小牧市長殿



〇〇 年 ○ 月 ○ 日

所在地 愛知県〇〇市〇丁目〇番地〇号

申請者 名称 株式会社 こまきし

代表者職名・氏名 代表取締役 小牧 太郎

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 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
申請者	フリガナ	カブシキガイシャ コマキシ											
	名称	株式会社 こまきし											
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 都道府県 〇〇 市区町村 〇丁目〇番地〇号											
	連絡先	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 (内線) 〇〇〇〇			FAX番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇						
		Email	〇〇〇〇@〇〇.〇〇.〇〇										
	法人等の種類	営利法人											
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ	コマキ タロウ	氏名	小牧 太郎	生年月日	昭和〇年〇月〇日				
	代表者の住所	(郵便番号 -) 都道府県 〇〇 市区町村 〇町〇番〇号											
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に□												□	
指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行う事業等の種類					共生型サービス申請時に□	指定申請対象事業(該当事業に○)	既に指定を受けている事業(該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定年月日			様式	
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護											付表第二号(二)
		認知症対応型通所介護											付表第二号(四)(五)
		小規模多機能型居宅介護											付表第二号(六)
		認知症対応型共同生活介護											付表第二号(七)
		地域密着型特定施設入居者生活介護											付表第二号(八)
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護											付表第二号(九)
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護											付表第二号(一)
		複合型サービス											付表第二号(十)
	サ 介 地 域 ビ 予 防 密 着 型	地域密着型通所介護					□						付表第二号(三)
		居宅介護支援事業						○		令和〇年〇月〇日			付表第二号(十一) ②
		介護予防支援事業											付表第二号(十二)
		介護予防認知症対応型通所介護											付表第二号(四)(五)
		介護予防小規模多機能型居宅介護											付表第二号(六)
介護予防認知症対応型共同生活介護											付表第二号(七)		
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)											
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)											

① 申請者

- 申請者は、法人でなくではありません。法人の種類は問いません。但し、介護保険サービスの実施にあたって、県（国）の認可（社会福祉法人、医療法人等）が必要な法人については、別途法人を所管する部署との協議を行い、定款変更などの各手続きを済ませた上で申請書類を提出してください。
- 法人登記上、記載されている住所を記載します。（丁目・番地等は省略せずに記載すること。）
- 法人の名称についても、省略しないで登記上の正式な法人名を記載します。（例：「株式会社」を「(株)」等のように省略しないこと。）
- 郵便番号、電話番号など誤りがないようよく確認して記入してください。

② 事業開始等予定年月日

- 申請書類を提出する日の属する月の翌々月の1日として記入してください。
例：令和8年1月中に受理の見込み → 令和8年3月1日

（2）指定居宅介護支援事業所の指定等に係る記載事項（付表第2号（十一））

付表第二号(十一) 指定居宅介護支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号	11111111111111			
	フリガナ	コマキマルマルキヨタクカイゴシエンジギュウショ			
	名 称	こまき〇〇居宅介護支援事業所			
	所在地	(郵便番号	485	—	〇〇〇〇)
	愛知	都	道	小牧	市 区 府 (県) 町 村 〇〇丁目〇〇番地
連絡先	電話番号	0568-〇〇-〇〇〇〇		(内線)	〇〇〇 FAX 番号 0568-〇〇-〇〇〇〇
	Email	〇〇〇〇@〇〇.〇〇			
管理 者	フリガナ	コマキ ハナコ		住所	(郵便番号 〇〇〇 — 〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇丁目〇番地
	氏 名	小牧 花子			
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日			
当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)		主任介護支援専門員			
他の事業所、施設等 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名 称、所在地				事業所番号
	兼務先のサービス 種別、兼務する職 種及び勤務時間 等				
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種・員数(人)		介護支援専門員			
		専 徒	兼 務		
常 勤(人)		1	1		
非常勤(人)					
事業開始時の利用者の推定数		20 人			
添付書類		別添のとおり			

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

① 事業所名称

- 名称中の空白に注意してください。記載どおり台帳登録しますので、はっきり記入してください。

例：「ケアプランセンターこまき」とするのか「ケアプランセンター こまき」とするのか。（後者は、空白あり）

- 類似の名称がある場合、何かとトラブルが起きることが想定されますから、調査、確認の上、事業所名称を決めてください。

② 管理者

- 管理者については、主任介護支援専門員で、「常勤であり、かつ、原則として専ら当該事業所の管理業務に従事」しなくてはなりません。
- 次の場合であって、当該事業所の管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができます。

ア 当該居宅介護支援事業所の介護支援専門員の職務に従事する場合

イ 他の事業所の職務と兼務する場合で、当該事業所の管理業務に支障がないとき。

- イの他の事業所とは、必ずしも指定居宅介護サービス事業所に限定されません。例えば、介護保険施設、病院、診療所、薬局等の業務に従事する場合も、管理業務に支障がない場合は認められます。
- 事業所の営業時間中は、常に利用者からの利用申し込みに対応できる体制を整えている必要があります。
- 訪問系サービス事業において、訪問サービスそのものに従事する従業者と兼務する場合（当該訪問系サービス事業所における勤務時間が極めて限られている場合を除く）及び事故発生時や災害発生等の緊急時において管理者自身が速やかに当該居宅介護支援事業所又は利用者の居宅に駆け付けることができない体制となっている場合は、一般的には、管理業務に支障があるとみなされます。
- 原則として、併設事業所に常駐する老人介護支援センターの職員、訪問介護、訪問看護等の管理者等との兼務は可能と考えられます。
- 当該居宅介護支援事業所以外の介護保険施設の常勤専従の介護支援専門員との兼務は認められません。

③ 従業者（介護支援専門員）

- 従業者（介護支援専門員）の配置基準は、次のとおり。

ア 指定居宅介護支援事業者は、事業所ごとに1以上の常勤の介護支援専門員を置くこと。

イ 介護支援専門員の員数の基準は、利用者の数（事業所において介護予防支援を行う場合にあっては、居宅介護支援の利用者の数に介護予防支援の利用者の数に三分の1を乗じた数を加えた数。）が44人（事業所においてケアプランデータ連携システムを活用し、かつ、事務職員を配置している場合は49人）又はその端数を増すごとに1とする。

- 1人以上の常勤の介護支援専門員を置くこととしたのは、「指定居宅介護支援事業所の営業時間中は、介護支援専門員は常に利用者からの相談等に対応できる体制を整え

ておく必要があるという趣旨」（解釈通知）です。

- 当該常勤の介護支援専門員の配置は、利用者の数（事業所において介護予防支援を行う場合にあっては、居宅介護支援の利用者の数に介護予防支援の利用者の数に3分の1を乗じた数を加えた数。）が介護支援専門員1人あたり44人（事業所においてケアプランデータ連携システムを活用し、かつ、事務職員を配置している場合は49人）を標準とするものであり、利用者の数が44人（事業所においてケアプランデータ連携システムを活用し、かつ、事務職員を配置している場合は49人）又はその端数を増すごとに増員することが望ましいです。（非常勤可）
- 当該非常勤の介護支援専門員に係る他の業務との兼務については、介護保険施設に置かれた常勤専従の介護支援専門員との兼務を除き、差し支えないものであり、当該他の業務とは必ずしも指定居宅サービス事業の業務を指すものではありません。

（3）当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧（標準様式7）

（標準様式7）

当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

フリガナ 氏名	介護支援専門員番号
コマキ ハナコ	
小牧 花子	23000001
コマキ ジロウ	
小牧 次郎	23000002

- 介護支援専門員の業務に従事する従業者について記入してください。
- 介護支援専門員証の8桁番号を記入してください。

(4) 登記事項証明書（直近3ヶ月以内の原本）

- 原則として、介護保険の居宅介護支援事業を法人の事業として明確に位置付けていることを確認するため、目的として「介護保険法に基づく居宅介護支援事業」を必ず含んでください。
- 介護予防支援や介護予防ケアマネジメントの実施の場合には、「介護保険法に基づく介護予防支援事業」「介護保険法に基づく第1号介護予防支援事業」等の文言も含んでください。
- 「登記情報提供サービス」を利用する場合は、照会番号が記載されている資料を添付してください。
- 登記事項証明書の原本を提出される場合は、PDFデータにして添付し、別途郵送又は窓口に原本を提出してください。
- 3か月以内に発行された原本を添付してください。
- 登記申請中で月末までに、登記事項証明書が提出できない場合は、補正依頼申立書と法務局の受領印が押してある登記申請書類を提出してください。

(5) 土地・建物が賃貸にあってはその契約書の写し又は法人所有の場合は所有がわかるもの

- 事業所の土地・建物が賃貸である場合には、賃貸契約書のコピーを添付します。
- 賃貸借の借り主は、申請者（法人）でなくてはいけません。代表取締役個人名での契約の場合や代表取締役が経営している他の会社名の場合などは、認められません。
- 取締役が個人所有している物件を申請法人と賃貸契約している場合は、一般に民法で禁止されている双方代理にあたりますので、株主総会（取締役会設置会社においては取締役会）の承認が必要です。この場合は、承認時の議事録の写しを添付してください。
- 賃貸借契約書に、「住居としてのみ使用する」など条件が付されている場合は、あらためて、貸し主に「事務所として使用すること」を認める旨を記した書面をもらい、コピーを添付してください。
- 事業所の建物が法人所有である場合で、登記事項証明書が月末までに提出できない場合は、建物の検査済証及び引渡し証（写し）を提出し、速やかに登記手続きを行ってください。

(6) 介護保険法第79条第2項の規定に該当しない旨の誓約書（標準様式6）

- サービスの質の向上と悪質な事業者の排除を目的として、平成18年4月の介護保険法改正で、指定を行わない場合として、法人の役員等の欠格事由（介護保険法第79条第2項）が規定されました。

(7) 暴力団排除に関する誓約書（様式6）

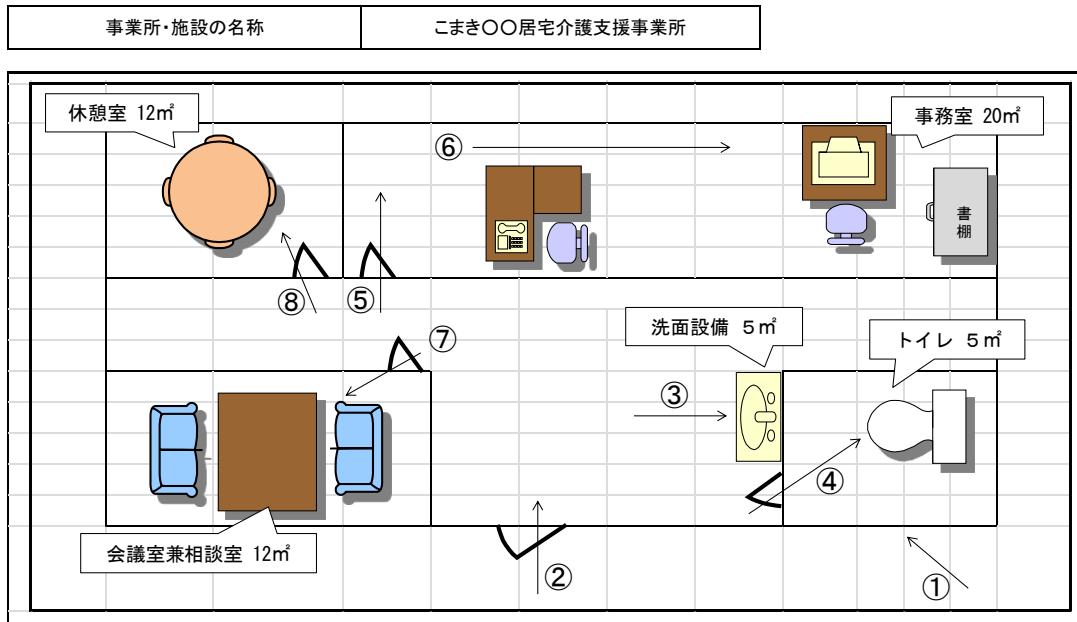
- 小牧市暴力団排除条例第2条第1号に規定する暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する法人又は同条第2号に規定する暴力団員等が役員にある法人については、指定及び指定の更新を受けることができません。
- 「小牧市が行う事務及び事業からの暴力団排除に関する合意書」にもとづき小牧市が必要な場合には、記載事項について、小牧警察署に照会します。その場合、役員名簿の提出をお願いします。また、照会で確認された情報は、今後、市が行う他の事務事業等における身分確認に利用します。

(8) 事業所の平面図（標準様式3）

- 事業の運営を行うために必要な広さを有する特定の区画（事務室、受付、相談コーナー）が必要です。
- 他の事業所と同じ事務室を共用しても構いませんが、机などそれぞれの備品がどの事業所にあたるのか明確に区分し、図面上色分けすること。トイレ、相談室などを共用する場合はその旨明記してください。
- サービス提供に必要な設備・備品（洗面所・トイレ・書庫など）も記載します。
- 次の「主要な場所の写真」にて確認するため、平面図に写真の番号と撮影した方向を記入してください。

（標準様式3）

平面図



(9) 主要な場所の写真（参考様式 13）

- ・写真は、最新の状況を撮影したものであること。
 - ・写真は、カラー写真としてください。
 - ・写真は、①建物全景、②建物玄関（入口）、③洗面所、④トイレ、⑤事務室（四方から撮影）、⑥設備・備品（個人情報を管理できるキャビネット、パソコン、ファックス、電話など）、⑦会議室兼相談室、⑧休憩室について、貼付してください。
 - ・撮影した日付を記入してください。
 - ・写真説明欄には、（8）平面図に付した番号（撮影位置を示したもの）と説明を記入してください。

(10) 管理者の経歴書（標準様式2）、資格証の写し、雇用関係を証する書類

(標準樣式2)

經歷書

- ・ 人員基準上必要な資格および研修については、その資格証および研修受講修了証の写しを添付してください。
 - ・ 当該管理者が管理する事業所が複数の場合は、「事業所又は施設の名称」欄を適宜拡張してその全てを記載してください。

(資格証の写し)

- ・介護支援専門員証をA4の用紙にコピーしてください。
 - ・介護支援専門員証は、有効期間が満了していないことが必要です。
 - ・結婚等により現在の姓と資格証の姓が異なり、資格証の書き換えの手続き中である場合は、公的機関が発行する書類により改姓したことを示す必要があります。具体的

には、戸籍抄本、免許証の裏書き、年金手帳などのコピーを提出してください。

(雇用関係を証する書類)

- 雇用関係を証する書類は、次のいずれかの書類を添付してください。これらの書類は、被雇用者との間で取り交わす書類であるため、原本ではなく写し（コピー）を提出してください。

- 雇用契約書
- 労働条件通知書
- 辞令

(11) 主任介護支援専門員研修修了証の写し

(12) 介護支援専門員の資格証の写し、雇用関係を証する書類

(13) 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（標準様式 1）

（標準様式1）従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表										（標準様式1）従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表																			
【記載例】										（令和 6 年（2024）年 4 月）																			
サービス種別 事業所名										居宅介護支援 こまき〇〇居宅介護支援事業所																			
④	No.	(5)職種	(6)勤務形態	(7)資格	(8)氏名	(9)																				(10)～(12)の勤務時間合計			
						1週目				2週目				3週目				4週目				5週目							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		
月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火
1	管理者	B	主任介護支援専門員	小牧 花子	8	8		8	8	8	8		8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	160	40
2	介護支援専門員	A	主任介護支援専門員	小牧 次郎	8	8		8	8	8	8		8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	160	40
3																												0	0
4																												0	0
5																												0	0
6																												0	0
7																												0	0
8																												0	0
9																												0	0
10																												0	0
11																												0	0
12																												0	0
13																												0	0
14																												0	0
15																												0	0
16																												0	0
17																												0	0
18																												0	0
(13)【人事入力】人員基準の確認（介護支援専門員（居宅介護支援））										(勤務形態の記号)																			
勤務形態					勤務時間合計					常勤換算の対象時間数					常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数														
勤務形態					勤務時間合計					常勤換算の対象時間数					常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数														
A					160					40					0					0									
B					0					0					0					0									
C					0					0					0					0									
D					0					0					0					0									
合計					160					40					160					40					1				
■ 常勤換算方法による人数 基準： 週										■ 常勤の従業者が対象時間数（週平均）に勤務すべき時間数										■ 常勤換算後の人数									
常勤換算の対象時間数（週平均）										常勤の従業者が対象時間数（週平均）										常勤換算後の人数									
40										40										1.0									
■ 介護支援専門員の常勤換算方法による人数										■ 常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数										■ 常勤換算方法による人数									
常勤換算の対象時間数（週平均）										常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数										合計									
1										1										20.0									

①年月

- 指定予定月を記入します。指定は、申請書を受理した月の翌々月の1日です。

例：令和8年1月中の申請の場合 → 令和8年3月 とします。

②サービス種類

- 申請するサービス種類を記入します。具体的には、「居宅介護支援」と記入してください

さい。

③常勤職員の勤務時間

- 就業規則で常勤職員が1週間で勤務すべき時間数を記載してください。(労働基準法上の上限は、1日8時間、1週40時間とされています。(労働基準法の適用のない使用者の立場の方であっても同様に取り扱います。))
- 原則として、常勤時間数は、営業時間に見合うように設定してください。(常勤職員の勤務時間帯が、営業時間をカバーできるようにしてください。)
- 1週32時間以下の場合については、常勤職員の勤務すべき時間は、1週32時間としてください。

④職種

- 「管理者」「介護支援専門員」の順に記入してください。
- 管理者が介護支援専門員を兼務する場合は、1行に記入してください。(管理業務と介護支援専門員の業務時間を区分する必要はありません。)

⑤勤務形態

- 勤務形態の区分(A, B, C, D)は、常勤か非常勤か、専従か兼務かによって区別されています。

区分	専従	兼務
常勤	A	B
非常勤	C	D

- 介護保険事業所上の常勤、非常勤、専従及び兼務の意味は次のとおりです。

常勤	正規職員、パート、派遣など雇用形態にかかわらず、「常勤職員の勤務時間数」を勤務する場合はすべて常勤です。
非常勤	この事業所における勤務時間が、「常勤職員の勤務時間数」に満たない場合は、非常勤です。正規職員であっても同一法人の同一敷地内にない他の事業所を兼務している場合などは、非常勤です。
専従	当該事業所の他の職種に従事せず、同一敷地内の同一法人が経営する事業所の他の職務に従事していない場合です。
兼務	当該事業所の他の職種又は同一敷地内の同一法人が経営する事業所の他の職務に従事している場合です。

- 管理者は、主任介護支援専門員であって常勤でなくてはいけません。

⑥氏名

- 資格証と不一致がないようにしてください。改姓され、現在資格証の書き換え手続き中である場合は、公的機関が発行する書類により改姓したことを示す必要があります。具体的には、戸籍抄本、免許証の裏書き、年金手帳などのコピーを提出してください。

⑦4週の合計・週平均の勤務時間

- 「4週の合計」は、1日から28日までの時間数を合計した数字を記入してください。

- ただし、「週平均の勤務時間」は、祝日や年末年始の特別休業がなかったものとして、通常の週の平均勤務時間を記入してください。

例：1日8時間の常勤職員

→ 年末年始休業もあり4週の合計が128時間であったとしても、週平均勤務時間は、40時間とする。

⑧常勤換算後の人数

- 常勤換算の数字は、(職種ごとの「週平均の勤務時間」の合計数) ÷ (常勤職員の1週間あたりの勤務時間) で計算し、小数点以下第2位を切り捨てます。
- 常勤換算の計算の際、管理者兼介護支援専門員は、介護支援専門員としてカウントしてください。(管理者とダブルカウントできます。)

⑨兼務先及び兼務する職種

- 管理者が介護支援専門員を兼務する場合は、「主任介護支援専門員」と記入してください。
- 他の業務と兼務している場合、兼務先と兼務する職種及び従事時間（例：1日4時間、週20時間）を記入します。

(14) 運営規程

- 運営規程には、次の内容を記載する必要があります。

1	事業の目的及び運営の方針	
2	職員の職種、員数及び職務内容	
3	営業日及び営業時間	
4	指定居宅介護支援の提供方法、内容及び利用料その他の費用の額	利用者の相談を受ける場所、課題分析の手順等
5	通常の事業の実施地域	客観的にその区域が特定されること。
6	苦情への対応方法	小牧市の独自基準です。
7	虐待防止のための措置に関する事項	
8	その他運営に関する重要事項	

- 従業者の職種、員数は、(1) 指定居宅介護支援事業所指定申請書、(13) 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表の記載と合致するようにしてください。ただし、運営規程や重要事項説明書に記載する従業員の員数について、「○○人以上」と記載しても差し支えありません。

(15) 重要事項説明書

- 運営規程との整合性を図ってください。(交通費、営業日、営業時間、休業日、通常の事業の実施区域、介護支援専門員数等)

(16) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要（標準様式5）

(17) 関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容

- 参考例を小牧市のホームページに掲載していますので、参考にして記入してください。

(18) 収支予算書（事業開始月から1年以上の収支見込み）（参考様式15）

- 事業者は、事業所ごとに経理を区分し、居宅介護支援事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければなりません。
- 事務室の共用をする場合など、原則、費用の按分をしてください。費用按分が困難な経費については、主たる事業に一括して計上することも認めます。
- 赤字が継続するような収支予算書の場合、2年目以降の収支予算書を作成していただきます。場合によっては、事業計画の再検討等をお願いする場合があります。

(19) 社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票（参考様式16）

- 社会保険及び労働保険に加入している場合は、加入していることが確認できる書類の写しを添付してください。

(20) 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙3-2）

(別紙3-2)

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する進達書
 <地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者用><居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用>
 令和〇〇年〇月
 小牧市長 殿

このことについて、以下のとおり事業者から届出がありましたので関係書類を添えて進達します。

届出者	フリガナ 名称	カブシキガイシャ コマキシ 株式会社 こまきし					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ○○○ - ○○○○) 愛知 県 ○○ 群市 ○丁目○番地○号 (ビルの名称等)					
事業所の状況	連絡先	電話番号	○○○○-○○-○○○○	FAX番号	○○○○-○○-○○○○		
	法人である場合その種別 代表者の職・氏名	當利法人 職名	法人所轄庁 代表取締役	氏名	小牧 太郎		
届出を行う事業所の状況	代表者の住所	(郵便番号 ○○○ - ○○○○) 愛知 県 ○○ 群市 ○町○番○号					
	フリガナ 事業所・施設の名称	コマキマルマルキヨタクカイゴシエンジギュウショ こまき○○居宅介護支援事業所					
届出を行う事業所の状況	主たる事業所の所在地	(郵便番号 485 - ○○○○) 愛知 県 小牧 群市 ○○丁目○○番地					
	連絡先	電話番号	0568-○○-○○○○	FAX番号	0568-○○-○○○○		
届出を行う事業所の状況	主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所	(郵便番号 ○○○ - ○○○○) 県 群市					
	連絡先	電話番号		FAX番号			
届出を行う事業所の状況	管理者の氏名	小牧 花子					
	管理者の住所	(郵便番号 ○○○ - ○○○○) ○○ 県 ○○ 群市 ○○丁目○番地					
届出を行う事業所の状況	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業 月日	指定年月日	異動等の区分	異動(予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合) <small>当該村が從むる単位の有無 (市町村記載)</small>	
	夜間対応型訪問介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1 有	
	地域密着型通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1 有	
	療養通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1 有	
	認知症対応型通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1 有	
	小規模多機能型居宅介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1 有	
	認知症対応型共同生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1 有	
	サードパーティ	地域密着型特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1 有
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1 有	
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1 有	
複合型サービス			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1 有		
介護予防認知症対応型通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1 有		
介護予防小規模多機能型居宅介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1 有		
介護予防認知症対応型共同生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1 有		
居宅介護支援			<input checked="" type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和〇年〇月〇日			
介護予防支援			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
地域密着型サービス事業所番号等							
指定を受けている市町村							
介護保険事業所番号							
(指定を受けている場合)							
既に指定等を受けている事業							
医療機関コード等							
特記事項	変更前			変更後			
関係書類	別添のとおり						

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
 2 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財團法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
 3 「法人所轄庁」欄、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 「実施事業」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、今回届出を行なう事業所について該当する数字の横の□を■にしてください。
 6 「異動項目」欄には、(別紙1-3)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)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。
 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

① 届出者

- 注意事項は、指定申請書の記入要領と同様です。
- 郵便番号、電話番号など誤りがないよう、よく確認して記入してください。

② 法人所轄庁

- 「法人である場合その種別」が営利法人等の場合は空欄とし、社会福祉法人、医療法人、特定非営利活動法人などは、所管する（認可等を受けた）官庁を記入します。

③ 事業所の状況

- 指定申請書類等と記載内容に違いがないよう確認してください。

④ 異動（予定）年月日

- 申請書類を提出する日の翌々月の1日として記入してください。

例：令和8年1月中に受理の見込み → 令和8年3月1日

※加算を算定する場合は、「変更・廃止・休止・再開・加算における必要な添付書類一覧」にて提出書類をご確認いただき、併せて添付してください。

(21) 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1-1）

（別紙1-1）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援）

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	LIFEへの登録	削除
各サービス共通			地域区分	<input type="checkbox"/> 1 1級地 <input type="checkbox"/> 3 5級地	<input type="checkbox"/> 6 2級地 <input type="checkbox"/> 4 6級地	<input type="checkbox"/> 7 3級地 <input checked="" type="checkbox"/> 9 7級地 <input type="checkbox"/> 5 その他		
■ 43 居宅介護支援			ケアプランデータ連携システムの活用及び事業職員の配置の体制	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり			<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
			特別地域加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり				
			中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	<input checked="" type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当				
			中山間地域等における小規模事業所加算（規格に関する状況）	<input checked="" type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当				
			特定事業所集中運算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり				
			特定事業所加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり				
			特定事業所医療介護連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり				
			ターミナルケアマネジメント加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり				

※ 加算の根拠となるサービスの内容、体制が確保されていることが前提となります。

III 変更、廃止・休止・再開の届出について

III-1 変更の届出

- ・ 指定を受けた事業者は、当該指定に係る事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったときは、10日以内に、その内容を小牧市長に提出しなければなりません。(介護保険法第82条など)
- ・ ただし、事業所所在地変更の場合は、新規申請と同様に、新築・改築あるいは賃貸契約等を行う前に、図面相談を行ってください。また、図面相談を行った上で、変更後10日以内に変更届出書の提出が必要です。
- ・ 届出に必要な添付書類一覧はホームページに掲載しています。添付書類等については随時見直しを行っておりますので、最新の情報を確認してください。

(1) 変更があった場合に届出を行う事項

- ・ 事業所の名称及び所在地
- ・ 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名
- ・ 登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。）
- ・ 事業所の建物の構造、専用区画等
- ・ 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴
- ・ 運営規程
- ・ 介護支援専門員の氏名及びその登録番号

(2) 加算の届出

- ・ 事業所の申請時に「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」及び「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」の提出を受けておりますが、届出の内容に変更が生じた場合にも同様に体制等の届出をする必要があります。
- ・ 特定事業所集中減算・特定事業所加算の届出についての詳細は、ホームページをご覧ください。
- ・ 届出が、毎月15日以前になされた場合には翌月から、16日以降になされた場合には翌々月からの開始となります。締切日が閉庁日の場合は、直近前の開庁日が締切日となります。

III-2 廃止・休止・再開の届出

(1) 廃止及び休止の届出

- ・ 指定を受けた事業者は、廃止及び休止をしようとするときは、その廃止日又は休止日の1ヵ月前までに小牧市長に届け出なければなりません。
- ・ 廃止及び休止となる前までに、現在の利用者を他の事業所に引き継ぐなどして、利用者のサービス提供に影響がないよう調整を行う必要があります。
- ・ 休止届は、やむをえず人員基準等を満さなくなってしまったが、法人として事業継続の意思がある場合に行なう届出（最長6か月）であり、状況によっては、休止届に該当しない場合もありますので十分検討してください。
- ・ 従業者、施設及び設備構造並びに会計に関する諸記録、利用者に対するサービス提供に関する諸記録は、その完結の日から5年間保存してください。小牧市から書類の提示等を求めることがあります。

(2) 再開の届出

- ・ 休止した事業所が再開したときは、10日以内に届出を行う必要があります。