第２号様式（第３条関係）

受付番号	

①提出する日を記入してください。

京都市介護予防・日常生活支援総合事業（第１号事業者）指定申請書

平成２８年　１２月　１日

②「申請者＝法人」です。ここには法人の情報を記入してください。

③法務局に登録した法人代表者印を押印してください。

（あ て 先） 京 都 市 長

所　在　地　京都市伏見区鷹匠町○番地の△
申請者　名　　称　京都福祉保健株式会社
代表者氏名　代表取締役　京都　福祉郎　　印

介護保険法の規定により第１号サービス事業の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。

事業所所在地市町村番号	

申請（開設）者	フリガナ	キョウトフクシホケン					
	名称	京都福祉保健株式会社					
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　666－1234　） 京都市伏見区鷹匠町○番地の△					
	連絡先	電話番号	０７５－△△△－△△△	FAX番号	０７５－△△△－△△△		
	法人の種別	株式会社		法人所轄庁			
	代表者の職・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ 氏名	キョウト　フクシロウ 京都　福祉郎	生年月日	昭和○○年○月○日
	代表者の住所	（郵便番号　666－5678　） 京都市伏見区△△町△番地					
届出を行う事業所の種類	事業所等の所在地	（郵便番号　666－3456　） 京都市伏見区□□町□番地					

④「申請者＝法人」です。ここには法人の情報を記入してください。

同一所在地において行う事業等の種類		実施事業	指定申請をする事業等（事業開始予定年月日）	添付する様式
第１号事業	介護型ヘルプサービス	○	平成 29 年 4 月 1 日	付表１－１
	生			付表１－２
	支え合い型ヘルプサービス			付表１－３
	介護予防型デイサービス			付表２－１
	短時間型デイサービス			付表２－２
	短期集中運動型デイサービス			付表２－３

⑤実施する事業に○をつけてください。

⑥事業開始予定日を記入してください。

⑦介護保険法の指定事業者の場合，事業所番号を記入してください。

介護保険事業者番号	２	６	７	○	○	○	○	○	○	○	（既に指定又は許可を受けている場合）
指定を受けている他市町村名											
同一所在地で既に行っている事業がある場合は，そのサービス種類及び指定年月日	○○訪問介護事業所（平成２８年１月１日指定） ○○訪問看護ステーション（平成２６年５月１日指定）										

⑧同一所在地で行う事業所名と指定年月日を記入してください。

備考　1　「受付番号」，「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
　　2　「法人の種別」欄には，「社会福祉法人」，「医療法人」，「一般社団法人」，「一般財団法人」，「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」欄には，申請（開設）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，今回の申請に係るもの及び既に指定等を受けているものを含めて，該当する欄に○印を付けてください。
　　5　「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載してください。
　　6　「既に指定等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載してください。

郵送提出書類チェックリスト（特例期間）

法人名	京都社会福祉保健株式会社	担当者名	京都　花子	電話番号	090-××××-××××

申請の内容について把握している方の氏名を記入してください。

連絡が取れる番号であれば携帯電話の番号でも構いません。

Ⅰ　提出書類

様　式　名		事業者チェック欄	備考
◎　このチェックリスト	1部	レ	
1　京都市日常生活支援総合事業（第1号事業者）指定申請書（第2号様式）	1部	レ	
2　付表1－1	1部	レ	介護型ヘルプサービス
3　付表1－2	1部	レ	生活支援型ヘルプサービス
4　付表1－3	1部		支え合い型ヘルプサービス
5　付表2－1	1部		介護予防型デイサービス
6　付表2－2	1部		短時間型デイサービス
7　付表2－3	1部		短期集中運動型デイサービス
8　勤務形態一覧表	1部	レ	基準緩和型サービスの場合
9　資格証の写し	1部	レ	基準緩和型サービスの場合
10　運営規程	1部	レ	

※申請するサービスにより必要な書類を添付してください。

Ⅱ　確認事項

確　認　事　項	事業者チェック欄	備考
第2号様式　指定申請書		
1「申請者」には法人名を記載しているか。法人印の押印があるか。	レ	
2　名称，住所，郵便番号等各項目に誤りはないか。	レ	
3　該当する実施事業に〇をしているか。	レ	
4　事業開始予定年月日（平成29年4月1日）を記載しているか。	レ	
付表1－1，1－2，1－3，2－1，2－2，2－3		
5　各項目漏れなく記載しているか。	レ	
勤務形態一覧表		
6　人員基準を満たしているか。	レ	
7　各項目漏れなく記載しているか。	レ	
資格証の写し		
8　資格職の職員分について漏れなく添付しているか。	レ	
運営規程		
9　名称，所在地，営業日，営業時間等各項目に誤りはないか。	レ	
10　運営についての重要事項について記載漏れはないか。	レ	
11　記録の保存年限（5年）を記載しているか。	レ	

郵送提出書類チェックリスト（他市町村事業所）

法人名	京都社会福祉保健株式会社	担当者名	京都　花子	電話番号	090-××××-××××

申請の内容について把握している方の氏名を記入してください。

連絡が取れる番号であれば携帯電話の番号でも構いません。

Ⅰ　提出書類

様　式　名		事業者チェック欄	備考
◎　このチェックリスト	1部	レ	
1　京都市日常生活支援総合事業（第1号事業者）指定申請書（第2号様式）	1部	レ	
2　付表1－1	1部	レ	介護型ヘルプサービス
3　付表2－1	1部		介護予防型デイサービス
4　運営規程	1部	レ	
5　建物の検査済証又は確認済証（介護予防型デイサービスのみ）	1部	レ	耐震性の確認のため
6　各自治体の指定書の写し	1部	レ	

※申請するサービスにより必要な書類を添付してくだ

申請時に提出できない場合は後日写しを確認してから指定書を交付します。

Ⅱ　確認事項

確　認　事　項	事業者チェック欄	備考
第2号様式　指定申請書		
1　「申請者」には法人名を記載しているか。法人印の押印があるか。	レ	
2　名称，住所，郵便番号等各項目に誤りはないか。	レ	
3　該当する実施事業に〇をしているか。	レ	
4　事業開始予定年月日を記載しているか。	レ	
付表1－1，2－1		
5　各項目漏れなく記載しているか。	レ	
運営規程		
6　名称，所在地，営業日，営業時間等各項目に誤りはないか。	レ	
7　運営についての重要事項について記載漏れはないか。	レ	
8　記録の保存年限（5年）を記載しているか。	レ	
各自治体の指定書の写し		
9　申請時に間に合わない場合は入手次第提出する。	レ	

第７号様式（第６条関係）

京都市介護予防・日常生活支援総合事業（第１号事業者
廃止・休止届出書

①提出する日を記入してください。

平成２８年１２月１日

（あて先）京都市長

②「申請者＝法人」です。ここには法人の情報を記入してください。

③法務局に登録した法人代表者印を押印してください。

申請者　住所（所在地）京都市伏見区鷹匠町○番地の△
名称及び代表者氏名　京都福祉保健株式会社
代表取締役　京都　福祉郎

印

④みなし指定されている事業所番号，事業所名，住所を記入してください。

次のとおり事業を廃止　　）しますので届け出ます。

介護保険事業所番号	２６７○○○○○○○○
廃止（休止）する事業所	名　称　○○訪問介護事業所 所在地　京都市伏見区□□町□番地
サービスの種類	介護型ヘルプサービス
廃止・休止の	廃止　・　休止
廃止・休止する年月日	平成２９年　３月　３１日
廃止・休止する理由	⑦記入不要です。
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置	
休止予定期間	年　月　日　～　年　月　日 なお，上記期間を経過しても再開の届出を行わない場合は，廃止の手続きをとられてもやむを得ないことに同意します。

⑤「介護型ヘルプサービス」か「介護予防型デイサービス」を記入してください。

⑥廃止に○をつけてください。

備考　廃止（休止）する日の１月前までに届け出てください。

①事業所の情報を記入してください。

介護型ヘルプサービス事業所の指定に係る記載事項

＊受付番号	

事業所	フリガナ	○○カイゴガタヘルプサービスジギョウショ		
	名称	○○介護型ヘルプサービス事業所		
	所在地	(郵便番号 666−3456) 京都市伏見区□□町□番地		
	連絡先	電話番号 611−○○○○	FAX番号 611 ○○○	
	施について定めてある附行為等の条文	第 △ 条 第 ○ 項 第 □ 号		
管理者	フリガナ	キョウト ハナコ	住所	(郵便番号 606−1234) 京都市左京区○○町△番地の
	氏名	京都 花子		
	当該事業所における訪問介護員との兼務		有・無	
	同一敷地内の他の事業所又は施者との兼務場合記入)	名称	○○訪問介護事業所 ○○生活支援型ヘルプサービス事業所	
		兼務する職種及び勤務時間等	管理者，サービス提供責任者 訪問事業責任者	
利者の推定数			50 人	
サービス提供責任者	フリガナ	キョウト ハナコ	住所	(郵便番号 606−1234) 京都市左京区○○町△番地の□
	氏名	京都 花子		
	フリガナ	ウズマサ ジロウ	住	
	氏名	太秦 次郎		

従業者の職種・員数	訪問介護員等	
常勤（人）	2	
非常勤（人）	2	
常勤換算後の人数（人）	2．8	

事項	日	月曜から金曜（ただし，祝日及び 12/29 から 1/3 を除く）
	時間	9：00から18：00
	料	法定代理受領分　利用者負担割合に応じた額（１割又は２割） （負担割合証の割合に準ずる） 法定代理受領分以外　京都市が定める額
	その他の費用	
	通常の事業実施地域	○区，△区
添付書類		別記のとおり

②定款の目的欄において「介護型ヘルプサービス」を行うことが記載している条文を記入してください。

③管理者の方の情報を記入してください。

④同一敷地内の他の事業所との兼務がある場合は記入してください。

⑤サービス提供責任者の方の情報を記入してください。

⑥訪問介護，生活支援型，支え合い型との兼務の場合，各サービスごとに按分していただく必要はありません。

⑦サービス提供時間ではなく，事務所として営業している日を記入してください。祝日やお盆，年末年始に休む場合はその期間を記入してください。

⑧交通費，キャンセル料等の利用料以外に徴収する費用がある場合は記入してください。

⑨「東は○○通り，西は△△通り・・」等の記載でも構いませんが実施地域が明確に分かるように記入してください。通りが交わらない場合等は別添で実施地域が分かるような地図を添付してください。

注１　＊の付いている「受付番号」欄には，記入しないでください。
　２　記入欄が不足する場合は，別に欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
　３　「主な掲示事項」については，この欄の記載を省略し，別添資料として添付して差し支えありません。
　４　「常勤換算後の人数」については，訪問介護，生活支援型ヘルプサービス，支え合い型ヘルプサービスとの兼務の場合，各サービスごとに按分していただく必要はありません。

①事業所の情報を記入してください。

生活支援型ヘルプサービス事業所の指定に係る記載事項

＊受付番号	

事業所	フリガナ	○○セイカツシエンガタヘルプサービスジギョウショ		
	名称	○○生活支援型ヘルプサービス事業所		
	所在地	(郵便番号 666−3456) 京都市伏見区□□町□番地		
	連絡先	電話番号 611−○○○○	FAX番号 611 ○○○	
	の実施について定めてある 寄附行為等の条文	第 △ 条 第 ○ 項 第 □ 号		
管理者	フリガナ	キョウト ハナコ	住所	(郵便番号 606−1234) 京都市左京区○○町△番地の
	氏名	京都 花子		
	当該事業所における訪問介護員との兼務			有・無
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）	名称	○○訪問介護事業所 ○○介護型ヘルプサービス事業所	
		兼務する職種及び勤務時間等	管理者，サービス提供責任者	
	者の推定数		50 人	
訪問事業責任者	フリガナ	キョウト ハナコ	住所	(郵便番号 606−1234) 京都市左京区○○町△番地の□
	氏名	京都 花子		
	フリガナ	ウズマサ ジロウ	住所	(郵便番号 616−2456) 京都市右京区△
	氏名	太秦 次郎		
従業者の職種・員数	訪問介護員等			
	常勤（ 人 ）	2		
	非常勤（ 人 ）	3		
事項	営業日	月曜から金曜（ただし，祝日及び 12/29 から 1/3 を除く）		
	時間	9：00から18：00		
	料	法定代理受領分 利用者負担割合に応じた額（１割又は２割）（負担割合証の割合に準ずる）		
		法定代理受領分以外 京都市が定める額		
	その他の費用			
	通常の事業実施地域	○区，△区		
添付書類		別記のとおり		

②定款の目的欄において「生活支援型ヘルプサービス」を行うことが記載している条文を記入してください。

③管理者の方の情報を記入してください。

④同一敷地内の他の事業所との兼務がある場合は記入してください。

⑤訪問事業責任者の方の情報を記入してください。

⑥サービス提供時間ではなく，事務所として営業している日を記入してください。祝日やお盆，年末年始に休む場合はその期間を記入してください。

⑦交通費，キャンセル料等の利用料以外に徴収する費用がある場合は記入してください。

⑧「東は○○通り，西は△△通り・・」等の記載でも構いませんが実施地域が明確に分かるように記入してください。通りが交わらない場合等は別添で実施地域が分かるような地図を添付してください。

注１ ＊の付いている「受付番号」欄には，記入しないでください。
２ 記入欄が不足する場合は，別に欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
３ 「主な掲示事項」については，この欄の記載を省略し，別添資料として添付して差し支えありません。

付表1―3

支え合い型ヘルプサービス事業所の指定に係る記載事項

①事業所の情報を記入してください。

＊受付番号	

事業所	フリガナ	○○ササエアイガタヘルプサービスジギョウショ			
	名称	○○支え合い型ヘルプサービス事業所			
	所在地	(郵便番号 666―3456) 京都市伏見区□□町□番地			
	連絡先	電話番号	611―○○○○	FAX番号	611 ○○○
	実施について定めてある寄附行為等の条文	第 △ 条 第 ○ 項 第 □ 号			
管理業務を行う者	フリガナ	キョウト ハナコ	住所	(郵便番号 606―1234) 京都市左京区○○町△番地の□	
	氏名	京都 花子			
	当該事業所におけるサービス従事者との兼務			有・無	
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）	名称	○○訪問介護事業所 ○○介護型ヘルプサービス事業所		
		兼務する職種及び勤務時間等	管理者，サービス提供責任者		
	の推定数		50 人		
運営・マッチング担当者	フリガナ	キョウト ハナコ	住所	(郵便番号 606―1234) 京都市左京区○○町△番地の□	
	氏名	京都 花子			
	フリガナ	ウズマサ ジロウ	住所	(郵便番号 616―3456) 京都市右京区△△町○番地の□	
	氏名	太秦 次郎			
従業者の職種・員数		サービス従事者			
	常勤（人）	2			
	非常勤（人）	3			
事項	営業日	月曜から金曜（ただし，祝日及び12/29から1/3を除く）			
	時間	9：00から18：00			
	料	法定代理受領分 利用者負担割合に応じた額（1割又は2割）（負担割合証の割合に準ずる）			
		法定代理受領分以外 京都市が定める額			
	その他の費用				
	通常の事業実施地域	○区，△区			
添付書類		別記のとおり			

②定款の目的欄において「支え合い型ヘルプサービス」を行うことが記載している条文を記入してください。

③管理業務を行う方の情報を記入してください。

④同一敷地内の他の事業所との兼務がある場合は記入してください。

⑤運営・マッチング担当者の方の情報を記入してください。

⑥サービス提供時間ではなく，事務所として営業している日を記入してください。祝日やお盆，年末年始に休む場合はその期間を記入してください。

⑦交通費，キャンセル料等の利用料以外に徴収する費用がある場合は記入してください。

⑧「東は○○通り，西は△△通り・・」等の記載でも構いませんが実施地域が明確に分かるように記入してください。通りが交わらない場合等は別添で実施地域が分かるような地図を添付してください。

注1 ＊の付いている「受付番号」欄には，記入しないでください。
2 記入欄が不足する場合は，別に欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
3 「主な掲示事項」については，この欄の記載を省略し，別添資料として添付して差し支えありません。

①事業所の情報を記入してください。

介護予防型デイサービス事業所の指定に係る記載事項

＊受付番号	

事業所	フリガナ	○○カイゴヨボウガタデイサービスジギョウショ		
	名称	○○介護予防型デイサービス事業所		
	所在地	(郵便番号 666−3456) 京都市伏見区□□町□番地		
	連絡先	電話番号 611−○○○○	FAX番号 611−○○○○	
当該事業の実施について定めてある附行為等の条文		第 △ 条 第 ○ 項 第 □ 号		
管理者	フリガナ	キョウト ハナコ	住所	(郵便番号 606−1234) 京都市左京区○○町△番地の□
	名称	京都 花子		
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合記入）	生活相談員		
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）	名称	○○通所介護，○○短時間型デイサービス	
		兼務する職種及び勤務時間等	生活相談員，相談員	
実施単位数		1 単位		

単位別従業者の職種・員数	生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員
常勤（人）	1		2	
	1	1	2	1

堂及び機能訓練室の合計面積	70 ㎡	

主な	事業所全体の利用定員	20 人（単位ごとの定員① 20 人② 20人③
	介護予防型デイの利用定員	20 人（単位ごとの定員① 20 人② 人③
	営業日	単位ごとの営業日 月曜から金曜（ただし，祝日及び 12/29 から 1/3 を除く）
	営業時間	9 ： 00 ～ 17 ： 00
	時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。) (① 9：30～ 16：30)(② ： ～ ：)(③ ： ～ ：)
	料	法定代理受領分 利用者負担割合に応じた額（1割又は2割） (負担割合証の割合に準ずる) 法定代理受領分以外 京都市が定める額
	その他の費用	
	通常の事業実施地域	○区，△区
添付書類		別記のとおり

②定款の目的欄において「介護予防型デイサービス」を行うことが記載している条文を記入してください。

③管理者の方の情報を記入してください。

④同一敷地内の他の事業所との兼務がある場合は記入してください。

⑤事業所全体の利用定員×３㎡の面積が必要です。

⑥一体型で実施する場合のみ記入してください。

⑦サービス提供時間ではなく，事務所として営業している日を記入してください。祝日やお盆，年末年始に休む場合はその旨を記入してください。

⑧交通費，キャンセル料等の利用料以外に徴収する費用がある場合は記入してください。

⑨「東は○○通り，西は△△通り・・」等の記載でも構いませんが実施地域が明確に分かるように記入してください。通りが交わらない場合等は別添で実施地域が分かるような地図を添付してください。

注1 ＊の付いている「受付番号」欄は，記入しないでください。
2 記入欄が不足する場合は，別に欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
3 「主な掲示事項」については，この欄の記載を省略し，別添資料として添付して差し支えありません。
4 従業者の員数については，総数を記載してください。

①事業所の情報を記入してください。

短時間型デイサービス事業所の指定に係る記載事項

				＊受付番号
事業所	フリガナ	○○タンジカンガタデイサービスジギョウショ		
	名称	○○短時間型デイサービス事業所		
	所在地	(郵便番号 666−3456) 京都市伏見区□□町□番地		
	連絡先	電話番号 611−○○○○	FAX番号 611−○○○○	
	施について定めてある附行為等の条文	第 △ 条 第 ○ 項 第 □ 号		
管理者	フリガナ	キョウト ハナコ	住所	(郵便番号 606−1234) 京都市左京区○○町△番地
	名称	京都 花子		
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合記入）	相談員		
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）	名称	○○通所介護，○○介護予防型デイサービス	
		兼務する職種及び勤務時間等	生活相談員	
実施単位数		2 単位		

②定款の目的欄において「短時間型デイサービス」を行うことが記載している条文を記入してください。

③管理者の方の情報を記入してください。

④同一敷地内の他の事業所との兼務がある場合は記入してください。

単位別従業者の職種・員数	相談員	看護職員	介護職員	
常勤（人）	1		2	
	1	1	2	1

⑤事業所全体の利用定員×３㎡の面積が必要です。

⑥一体型で実施する場合のみ記入してください。

食堂及び機能訓練室の合計面積	70 ㎡	
主な	事業所全体の利用定員	20 人（単位ごとの定員① 20 人② 20 人
	短時間型デイの利用定員	20 人（単位ごとの定員① 20 人② 20 人
	営業日	単位ごとの営業日 月曜から金曜（ただし，祝日及び 12/29 から 1/3 を除く）
	営業時間	9 ： 00 ～ 17 ： 00
	時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。) (①9：30～ 12：30)(②13：30 ～16：30)(③ ： ～ ：)
	料	法定代理受領分 利用者負担割合に応じた額（1割又は2割） (負担割合証の割合に準ずる)
		法定代理受領分以外 京都市が定める額
	その他の費用	
	通常の事業実施地域	○区，△区
添付書類		別記のとおり

⑦サービス提供時間ではなく，事務所として営業している日を記入してください。祝日やお盆，年末年始に休む場合はその期間を記入してください。

⑧交通費，キャンセル料等の利用料以外に徴収する費用がある場合は記入してください。

⑨「東は○○通り，西は△△通り・・」等の記載でも構いませんが実施地域が明確に分かるように記入してください。通りが交わらない場合等は別添で実施地域が分かるような地図を添付してください。

注1 ＊の付いている「受付番号」欄は，記入しないでください。
2 記入欄が不足する場合は，別に欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
3 「主な掲示事項」については，この欄の記載を省略し，別添資料として添付して差し支えありません。
4 従業者の員数については，総数を記載してください。

付表2―3

①事業所の情報を記入してください。

短期集中運動型デイサービス事業所の指定に係る記載事項

＊受付番号	

事業所	フリガナ	○○タンキシュウチュウウンドウガタデイサービスジギョウショ		
	名称	○○短期集中運動型デイサービス事業所		
	所在地	(郵便番号 666−3456) 京都市伏見区□□町□番地		
	連絡先	電話番号 611−○○○○	FAX番号 611−○○	
当該事業の実施について定めてある寄附行為等の条文		第 △ 条 第 ○ 項 第 □ 号		
管理者	フリガナ	キョウト ハナコ	住所	(郵便番号 606−1234)
	氏名	京都 花子		京都市左京区○○町△番地の□
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)	指導員		
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称	○○通所介護，○○介護予防型デイサービス ○○短時間型デイサービス	
		兼務する職種及び勤務時間等	機能訓練指導員	
実施単位数		2 単位		

単位別従業者の職種・員数	サービス計画作成者	主任指導員	指導員	
常勤(人)	1	2	2	
非常勤(人)			1	
機能訓練室の合計面積	50 m²			

主な掲示事項	利用定員	10 人(単位ごとの定員① 10 人② 10 人③ 人)
	営業日	単位ごとの営業日 月曜から金曜(ただし，祝日及び12/29から1/3を除く)
	営業時間	9 : 00 ～ 17 : 00
	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。)	(① 9:30～ 12:30)(②13:30～16:30)(③ : ～ :)
	料	法定代理受領分 介護報酬告示上の額の1割又は2割 法定代理受領分以外 京都市が定める額
	その他の費用	
	通常の事業実施地域	○区，△区
添付書類		別記のとおり

②定款の目的欄において「短期集中運動型デイサービス」を行うことが記載している条文を記入してください。

③管理者の方の情報を記入してください。

④同一敷地内の他の事業所との兼務がある場合は記入してください。

⑤短期集中運動型は通所介護，介護予防型デイ，短時間型デイと一体型では運営できませんのでご注意ください。

⑥サービス提供時間ではなく，事務所として営業している日を記入してください。祝日やお盆，年末年始に休む場合はその期間を記入してください。

⑦交通費，キャンセル料等の利用料以外に徴収する費用がある場合は記入してください。

⑧「東は○○通り，西は△△通り・・」等の記載でも構いませんが実施地域が明確に分かるように記入してください。通りが交わらない場合等は別添で実施地域が分かるような地図を添付していただいても構いません。

注1 ＊の付いている「受付番号」欄は，記入しないでください。
2 記入欄が不足する場合は，別に欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
3 「主な掲示事項」については，この欄の記載を省略し，別添資料として添付して差し支えありません。
4 従業者の員数については，総数を記載してください。

第1号様式（第2条関係）

事　前　相　談　票

（介護予防・日常生活支援総合事業）

※ 相談票はサービス種別ごとに作成すること。

①作成した日を記入してください。

②相談に来られる方の情報を記入してください。

作　成　日　　28年　12月　10日

相談者	法人名	京都福祉保健株式会社	所　属	介護部	役　職	代表取締役	氏　名	京都　福祉郎
	所在地	京都市伏見区鷹匠町39番地の2			電　話	075－△△△－△△△	携帯電話	090－△△△－△△△
今回の相談に係るサービス種別	凡例　：　介護型ヘルプサービス，生活支援型ヘルプサービス，支え合い型ヘルプサービス，介護予防型デイサービス，短時間型デイサービス，短期集中運動型デイサービス 介護予防型デイサービス							

③連絡がとれる電話番号を記入してください。

④申請されるサービス種別を記入してください。サービスが複数ある場合はサービス種別ごとに相談票を作成してください。

◎　法人の概要など

⑤法人の情報を記入してください。

法人の概要	法　人　名	京都福祉保健株式会社			
	法人の所在地	京都市伏見区鷹匠町39番地の2			
	法人の連絡先	電　話	075－△△△－△△△	FAX	075－△△△－△△△
	代　表　者	役職名	代表取締役	氏　名	京都　福祉郎
	法人が行っている介護保険以外の事業				
介護保険事業の実施状況	現在実施している介護保険の事業・指定日	○○通所介護事業所		指定年月日	平成24年5月1日
				指定年月日	
	直近の実地指導日	平成27　年　7　月　○　日		・	指導を受けた実績無し
		指導結果	口頭指摘あり	返還金の有無	有　・　無
同一敷地内で行う事業（予定を含む）	介　護　保　険	通所介護			
	障害者総合支援法				
	介護保険以外				

⑥すでに指定されている事業所の情報を記入してください。

⑦同一敷地内で行う事業を記入してください。

◎　人員の状況

○　主な従業者

⑧必要な配置人員を記入してください。
管理者は決定し，その他の人員で採用者が決まっていない場合は，氏名欄を仮名（例：「A」，「B」等）として提出してください。

職　　種	氏　　名	資　　格	実務経験年数
管　理　者	京都　花子		10 年　　月
生活相談員	太秦　次郎	介護福祉士	5 年　6 月
看護職員	A		年　月
介護職員	B		年　月
	C		年　月
機能訓練指導員	A		年　月
			年　月
			年　月
			年　月

※ 従業者は，相談の段階で雇用契約を結んでいる必要はないが，指定時には申請書類に記載した従業者が，勤務に従事する必要があります。

◎ 設 備 等 の 状 況

⑨設備等の状況を記入してください。面積を記入していただく際は内法で記入してください。

事務室の専用面積 （生活支援型，支え合い型ヘルプサービスを除く）	9 ㎡			
相談室の設置場所など （生活支援型，支え合い型ヘルプサービスを除く）	建物の 1 階 4.5 ㎡		エレベーターの有無	有 ・ 無
	相談室を共用する事業	通所介護		
洗面所（手洗い）	3 箇 所			
ト イ レ	和式 箇所 ・ 洋式 3 箇所			
	※ バリアフリーの状況			
浴 室	あ り（個別浴槽 箇所 一般浴槽 箇所 特殊浴槽 箇所） ・ な し			

※ 相談室は，車いすを使う高齢者に配慮して1階若しくはエレベーターが設置されていることが，原則必要です。
※ 相談室は，プライバシーの保護に配慮し，間仕切りなどにより，相談内容などが漏れないように工夫されていることが必要です。

◎ 建 物 等 の 状 況

⑩建物等の状況を記入してください。

建物	使用する権原	所 有 権 使用貸借権 賃借権 （ ）			
		権利の期間	平成２７ 年 ４ 月 １ 日 ～ 平成３２ 年 ３ 月 ３１ 日		
	建物の概要 （利用予定）	鉄筋 造 3 階建て 平成10年 年築 ，用途（建物申請時の用途）：			
		利用予定	3 階建て 1 階部分 50 ㎡		
		他の階の利用状況	事務所		
	建築法規の確認	用途変更の要否	要	確認した行政庁	京都市建築審査課
		京都市建築物等のバリアフリーの促進に関する条例	申請中	確認した行政庁	京都市建築審査課
	消防法の確認	消防署への相談	済 ・ 未 了	相談した消防署	○区消防署
	新築・改修工事を実施する場合の予定期間	着 工	年 月 頃		
		竣 工	年 月 頃		
土 地 （建物を建築する場合のみ）		（使用する権原）	所 有 権 使用貸借権 賃借権 （ ）		
		権利の期間	年 月 日 ～ 年 月 日		

※ 建物は，相談の段階で貸借，着工している必要はありませんが，指定申請時には貸借・竣工している必要があり，
また，指定日（予定）前には引き渡し等を受けている必要があります。

◎ 添 付 書 類

⑪添付書類を忘れずに提出してください。

☆ 第1号様式付表（サービス種別ごとに「京都市介護予防・日常生活支援総合事業の指定等に関する要綱」の付表を活用のこと。）

☆ 平面図（寸法入り）

☆ 位置図（付近図）

☆ 事業所の建物に係る検査済証（写）（建物が未完成の場合は，建築確認済証（写）） ※1

※1 事業所の建物に係る検査済証は，利用者が使用する建物等の場合（通所系サービス）に限ります。

☆ 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧(様式1） ※2

※2 採用者が決まっていない場合は，氏名欄を仮名（例：「A」，「B」等）として提出してください（運営基準を満たした勤務体制があるかを確認してください。）。

様式1（第3条関係）　　（別紙）

①職種ごとに分けて記入してください。兼務の場合は，それぞれの職種の勤務時間が重ならないように注意してください。

②4週間の想定で勤務計画を作成してください。

勤務形態 4週間勤務計画　サービス種類（　生活支援型ヘルプサービス　）

事業所・施設名（　○○生活支援型ヘルプサービス事業所　）

職種	形態	氏名	第1週 月	第1週 火	第1週 水	第1週 木	第1週 金	第1週 土	第1週 日	第2週 月	第2週 火	第2週 水	第2週 木	第2週 金	第2週 土	第2週 日	第3週 月	第3週 火	第3週 水	第3週 木	第3週 金	第3週 土	第3週 日	第4週 月	第4週 火	第4週 水	第4週 木	第4週 金	第4週 土	第4週 日	4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	経験年数	直近に勤務した事業所名
管理者	B	京都　花子	②	②	②	②	②	⑥	⑥	②	②	②	②	②	⑥	⑥	②	②	②	②	②	⑥	⑥	②	②	②	②	②	⑥	⑥	40	10	0.2	10年	○○訪問介護事業所
訪問事業責任者	A	左京　もえ	①	①	①																									⑥	160	40	1	2年2箇月	△△ヘルプサービス
訪問事業責任者	C	太秦　次郎	①	①	①																									⑥	32	8	0.2		
訪問介護員	B	京都　花子	③	③	③																									③	120	30	0.7		
訪問介護員	A	伏見　京子	①	①	①																									⑥	160	40	1	3年	○○訪問介護事業所
訪問介護員	C	京　幸子	③	③	③																									⑥	120	30	0.7	5年8箇月	○○訪問介護事業所
備考	①8：30～17：30（うち，休憩1時間を含む）　②8：30～10：30　③10：30～17：30（うち，休憩1時間を含む）　④9：00～11：00　⑤11：00～15：00（うち，休憩1時間を含む）　⑥休日																																		

③配置人員がすべて確定されていることを確認してからの指定書交付になります。事前相談の際は，採用者が決まっていない場合は氏名欄を仮名（例：「A」，「B」等）として提出してください。
申請時は，確定した人員を記入して提出するようにしてください。確定していない場合は，確定次第改めて提出してください。

④同一建物で他サービスと兼務する場合はB，Dになります。

⑤備考欄等に詳しい勤務時間を記入してください。

＜記入上の注意等＞

1　申請する事業に係る従業者全員（管理者を含む。）について，4週間分の勤務すべき時間数を記入してください。勤務時間を単位ごとに区分して番号を付し，その番号を記入してください。
（記載例－勤務時間　①8：30～17：00，②16：30～1：00，③0：30～9：00，④8：30～12：30⑤13：30～17：30，⑥休日）
　ただし，訪問系サービスで登録ヘルパー等，勤務時間が明確でない場合は，勤務時間数を記載する方法でも差し支えありません（例　1日当たりの勤務時間数が4時間勤務の場合「4」と記入してください。）。

2　職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し，「週平均の勤務時間」については，職種ごとのAの小計と，B～Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。
　勤務形態の区分　A：常勤で専従　B：常勤で兼務　C：常勤以外で専従　D：常勤以外で兼務

3　常勤換算が必要な職種は，A～Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し，常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って，「常勤換算後の人数」を算出してください（小数点第2位以下切捨て）。

4　各事業所において使用している勤務割表等（既に事業を実施しているときは直近月の実績）により，職種，勤務形態，氏名及び当該業務の勤務時間が確認できる場合は，その書類をもって添付書類として差し支えありません。

5　記載例は，消して使用してください。

様式1（第3条関係）　　（別紙）

勤務形態一覧　　週間勤務計画　　サービス種類（　短時間型デイサービス　）

事業所・施設名（　〇〇短時間型デイサービス事業所　）

①職種ごとに分けて記入してください。兼務の場合は，それぞれの職種の勤務時間が重ならないように注意してください。

②4週間の想定で勤務計画を作成してください。

職種	形態	氏名	第1週 月	第1週 火	第1週 水	第1週 木	第1週 金	第1週 土	第1週 日	第2週 月	第2週 火	第2週 水	第2週 木	第2週 金	第2週 土	第2週 日	第3週 月	第3週 火	第3週 水	第3週 木	第3週 金	第3週 土	第3週 日	第4週 月	第4週 火	第4週 水	第4週 木	第4週 金	第4週 土	第4週 日	4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	経験年数	直近に勤務した事業所名
管理者	B	京都　花子	②	②	②	②	②	⑥	⑥	②	②	②	②	②	⑥	⑥	②	②	②	②	②	⑥	⑥	②	②	②	②	②	⑥	⑥	40	10	0.2	10年	○○通所介護事業所
相談員	A	左京　も									①	①	①	①	⑥	⑥	①	①	①	①	①	⑥	⑥	①	①	①	①	①	⑥	⑥	160	40	1	2年2箇月	△△デイサービス
相談員	B	太秦　次郎															①							①							32	8	0.2		
介護職員	B	太秦　次郎		①																										⑥	128	32	0.8	3年	○○通所介護事業所
介護職員	B	京都　花子	③	③																										⑥	120	30	0.7		
介護職員	C	京　幸子	⑤	⑤																										⑥	60	15	0.3	5年8箇月	○○通所介護事業所
看護職員	D	伏見　太郎	⑥	⑥																										④	40	10	0.2	6年	△△医院
機能訓練指導員	D	伏見　太郎	⑥	⑥	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑥	⑥	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑥	⑥	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑥	⑥	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	60	15	0.3	6年	△△医院
備考		①8：30～17：30（うち，休憩1時間を含む）　②8：30～10：30　③10：30～17：30（うち，休憩1時間を含む）　④9：00～11：00　⑤11：00～15：00（うち，休憩1時間を含む）　⑥休日 サービス提供時間：９：３０～１２：３０，１３：３０～１６：３０																																	

③同一建物で他サービスと兼務する場合はB，Dになります。

④配置人員がすべて確定されていることを確認してからの指定書交付になります。
事前相談の際は，採用者が決まっていない場合は氏名欄を仮名（例：「A」，「B」等）として提出してください。
申請時は，確定した人員を記入して提出するようにしてください。確定していない場合は，確定次第改めて提出してください。

⑤備考欄等に詳しい勤務時間を記入してください。

⑥通所系サービスの場合はサービス提供時間も記入してください。

＜記入上の注意等＞

1　申請する事業に係る従業者全員（管理者を含む。）について，4週間分の勤務すべき時間数を記入してください。勤務時間を単位ごとに区分して番号を付し，その番号を記入してください。
（記載例－勤務時間　①8：30～17：00，②16：30～1：00，③0：30～9：00，④8：30～12：30⑤13：30～17：30，⑥休日）
　ただし，訪問系サービスで登録ヘルパー等，勤務時間が明確でない場合は，勤務時間数を記載する方法でも差し支えありません（例　1日当たりの勤務時間数が4時間勤務の場合「4」と記入してください。）。

2　職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し，「週平均の勤務時間」については，職種ごとのAの小計と，B～Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。
　勤務形態の区分　A：常勤で専従　B：常勤で兼務　C：常勤以外で専従　D：常勤以外で兼務

3　常勤換算が必要な職種は，A～Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し，常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って，「常勤換算後の人数」を算出してください（小数点第2位以下切捨て）。

4　各事業所において使用している勤務割表等（既に事業を実施しているときは直近月の実績）により，職種，勤務形態，氏名及び当該業務の勤務時間が確認できる場合は，その書類をもって添付書類として差し支えありません。

5　記載例は，消して使用してください。