（参考様式1）

経歴書

事業所又は施設の名称			
フリガナ		生年月日	年　月　日
氏名			
住所	(郵便番号　－　)		
電話番号			

主な職歴等

年月～年月	勤務先等	職務内容

職務に関連する資格

資格の種類	資格取得年月

備　考(研修等の受講の状況等)

備考1　住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

備考2　当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。

備考3　「サービス提供責任者」または「生活相談員」、「支援相談員」の経歴書としても使用できます。

（参考様式2）

従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表　（　　年　　月分）　（　　枚中　　枚目）

事業所名称（　　）　サービスの種類（　　）

職種	勤務形態		氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							合計	週平均の勤務時間	健保・厚年の加入状況
	常勤 非常勤	専従 兼務		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			
	常・非	専・兼																															入・非
	常・非	専・兼																															入・非
	常・非	専・兼																															入・非
	常・非	専・兼																															入・非
	常・非	専・兼																															入・非
	常・非	専・兼																															入・非
	常・非	専・兼																															入・非
	常・非	専・兼																															入・非
	常・非	専・兼																															入・非
	常・非	専・兼																															入・非
	常・非	専・兼																													0.0	0.0	入・非
	常・非	専・兼																													0.0	0.0	入・非
	常・非	専・兼																													0.0	0.0	入・非
	常・非	専・兼																													0.0	0.0	入・非
	常・非	専・兼																													0.0	0.0	入・非
	常・非	専・兼																													0.0	0.0	入・非
	常・非	専・兼																													0.0	0.0	入・非
	常・非	専・兼																													0.0	0.0	入・非
	常・非	専・兼																													0.0	0.0	入・非
	常・非	専・兼																													0.0	0.0	入・非

※1:この表は、申請日の属する日の前月の勤務時間数の実績（所定労働時間を上限とする。）を記入してください。詳細は別記参照。
※2:日にち欄の下には、曜日を記入してください。
※3:サービス提供が単位ごとに行われるサービスの種類の場合は、各単位ごとにこの表を作成してください。
※4:常勤・非常勤は、「正社員」「パート職員」等雇用形態の違いではなく、正社員と同等の時間数を勤務するかどうかにより区分してください。
※5:有給休暇取得の場合は、当該日に勤務すべき時間数を記入し、その数字を○で囲んでください。
※6:運営規程に規定された休業日は「－」と記入してください。
※7:常勤者は、「健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬月額通知書」（直近のもの）の写しを添付してください。同通知書の写しが添付できないときは、「在籍確認書」を添付してくださ

＜別記＞
・正職員の1日の所定労働時間が8時間の事業所で、10時間勤務した場合の勤務時間数は8時間分だけを記入してください（所定外労働時間分(残業)は除くこと）。
・30分単位で記入してください(30分未満は切り捨て。例、4時間30分の場合＝4.5)。
・週平均の勤務時間数は小数第2位以下を切り捨ててください。

（参考様式３）

事　業　所　平　面　図

事業所・施設の名称	

備考１　別途、図面がある場合はそれをもって代えることができます。
備考２　各室の用途を記載してください。
　　① 通所サービスにあっては、各室の用途及び面積を記載すること。
備考３　当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

（参考様式４）

設備・備品等一覧表

サービス種類（　　）

事業所名・施設名（　　）

設備等一覧

チェック欄	設備の種類	設備基準上適合すべき項目
	（例）消火設備その他非常災害に際して必要な設備	

備考　1　申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、付表及び平面図で確認できる項目以外の事項について記載してください。

2　「設備の種類」、「備品の種類」及び「設備基準上適合すべき項目」については、予め指定権者が、サービス毎に確認すべき内容を本様式に記載し、申請者が「チェック欄」、「品名」及び「数量」を記入して提出する形とすることを推奨します。

（参考様式５）

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所・施設	名　　称	
	サービスの種類	

1　利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置

2　円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

3　苦情があったサービス事業者に対する対応方針等（居宅介護支援事業者の場合記入）

4　その他参考事項

備考　上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記載してください。

（参考様式7）

受付番号	

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書＜指定事業者用＞

令和　　年　　月　　日

吉野町長　　殿

所在地
名　称

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。

事業所所在地市町村番号	

届出者	フリガナ 名　　称				
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　―　　） 県　　郡市 （ビルの名称等）			
	連 絡 先	電話番号		FAX番号	
	法人の種別		法人所轄庁		
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	代表者の住所	（郵便番号　　―　　） 県　　郡市			
事業所・施設の状況	主たる事業所・施設の所在地	（郵便番号　　―　　） 県　　郡市			
	連 絡 先	電話番号		FAX番号	
	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	（郵便番号　　―　　） 県　　郡市			
	連 絡 先	電話番号		FAX番号	
	管理者の氏名				
	管理者の住所	（郵便番号　　―　　） 県　　郡市			

届出を行う事業所・施設の種類 同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定（許可）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）
訪問型サービス（独自）			1新規　2変更　3終了		
通所型サービス（独自）			1新規　2変更　3終了		
通所型サービスA（緩和型）			1新規　2変更　3終了		
			1新規　2変更　3終了		
			1新規　2変更　3終了		
			1新規　2変更　3終了		

介護保険事業所番号										

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」「事業所所在市町村番号」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、今回届出を行う事業所・施設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、（参考様式８）「介護予防・日常生活支援総合事業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。
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。

（参考様式８）

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表

事業所番号										

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	割引
□ A2	訪問型サービス（独自）			特別地域加算	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 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）	□ 1 非該当 □ 2 該当		
				中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）	□ 1 非該当 □ 2 該当		
				介護職員処遇改善加算	□ 1 なし □ 6 加算Ⅰ □ 5 加算Ⅱ □ 2 加算Ⅲ		
				介護職員等特定処遇改善加算	□ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ		
				介護職員等ベースアップ等支援加算	□ 1 なし □ 2 あり		
□ A6	通所型サービス（独自）			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	□ 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		
				運動器機能向上体制	□ 1 なし □ 2 あり		
				栄養アセスメント・栄養改善体制	□ 1 なし □ 2 あり		
				口腔機能向上加算	□ 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 □ 5 加算Ⅰ □ 4 加算Ⅱ □ 6 加算Ⅲ		
				生活機能向上連携加算	□ 1 なし □ 3 加算Ⅰ □ 2 加算Ⅱ		
				科学的介護推進体制加算	□ 1 なし □ 2 あり		
				介護職員処遇改善加算	□ 1 なし □ 6 加算Ⅰ □ 5 加算Ⅱ □ 2 加算Ⅲ		
				介護職員等特定処遇改善加算	□ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ		
				介護職員等ベースアップ等支援加算	□ 1 なし □ 2 あり		
□ A7	通所型サービスA（緩和型）			4時間以上の通所型サービスA	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり
				4時間未満の通所型サービスA	□ 1 なし □ 2 あり		
				4時間未満の通所型サービスA（リハビリテーション職員配置加算有）	□ 1 なし □ 2 あり		
				運動器機能向上体制	□ 1 なし □ 2 あり		
				栄養アセスメント・栄養改善体制	□ 1 なし □ 2 あり		
				口腔機能向上加算	□ 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		
				科学的介護推進体制加算	□ 1 なし □ 2 あり		
				介護職員処遇改善加算	□ 1 なし □ 6 加算Ⅰ □ 5 加算Ⅱ □ 2 加算Ⅲ		
				介護職員等ベースアップ等支援加算	□ 1 なし □ 2 あり		

（参考様式９）

年　　月　　日

サービス提供体制強化加算に関する届出書
（介護予防通所介護相当サービス）

1　事業所名	
2　異動区分	1　新規　　2　変更　　3　終了
3　届出項目	1　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）　2　サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 3　サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

5　介護職員等の状況

（１）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

介護福祉士等の状況	①に占める②の割合が70%以上	①	介護職員の総数（常勤換算）	人	有　・　無
		②	①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）	人	
	又は				
	①に占める③の割合が25%以上	③	①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の総数（常勤換算）	人	有　・　無

（２）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

介護福祉士等の状況	①に占める②の割合が50%以上	①	介護職員の総数（常勤換算）	人	有　・　無
		②	①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）	人	

（３）サービス提供体制強化加算（Ⅲ）　※介護福祉士等の状況、勤続年数の状況のうち、いずれか１つを満たすこと。

介護福祉士等の状況	①に占める②の割合が40%以上	①	介護職員の総数（常勤換算）	人	有　・　無
		②	①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）	人	
勤続年数の状況	①に占める②の割合が30%以上	①	サービスを直接提供する者の総数（常勤換算）	人	有　・　無
		②	①のうち勤続年数７年以上の者の総数（常勤換算）	人	

備考　要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、保険者の定めに基づき、提出又は事業所に保管すること。