

A2 更新申請書 (記入例)

豊島区介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業指定更新申請書

令和5年 8月 30日

豊島区長 所在地 東京都豊島区南池袋〇—〇—〇

申請者 名称 株式会社 としま訪問サービス

代表者職名・氏名 代表取締役 東京 太郎

介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

| | | | | |
|--------|--|--|-----------|-----------------------|
| 申請者 | フリガナ | カブシキガイシヤトシマホウモンサービス | | |
| | 名称 | 株式会社としま訪問サービス | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 171 - 0022) 東京 都道豊島 市(区)南池袋〇—〇—〇 府県 町村 | | |
| | 連絡先 | 電話番号 03-4566-2435 (内線) 2435 FAX番号 03-3980-5040 Email A0030089@city.toshima.lg.jp | | |
| | 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 代表取締役 フリガナ トウキョウ タロウ 生年月日 昭和〇年〇月〇日 氏名 東京 太郎 | | |
| 代表者の住所 | (郵便番号 171 - 0041) 東京 都道豊島 市(区)千川〇—〇—〇 府県 町村 | | | |
| 事業所 | 事業等の種類 | 介護予防訪問事業(A2) | 介護保険事業所番号 | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 |
| | 指定有効期間満了日 | 2024年3月31日 | | |
| | フリガナ | トシマホウモンサービス | | |
| | 名称 | としま訪問サービス | | |
| | 所在地 | (郵便番号 171 - 0022) 東京 都道豊島 市(区)南池袋〇—〇—〇 府県 町村 | | |
| | 当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき | | | |
| | フリガナ | | | |
| | 名称 | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村 | | |
| 管理者 | フリガナ | トシマ イチロウ | | |
| | 氏名 | 豊島 一郎 | 生年月日 | 昭和〇年〇月〇日 |
| | 住所 | (郵便番号 171 - 0041) 東京 都道豊島 市(区)千川〇—〇—〇 府県 町村 | | |

備考 1 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本 登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。

2 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。

3 「当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

付表1 訪問型サービス事業所の指定に係る記載事項

| | | | | | |
|--------------------|-----------------------------------|--|------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| サービス種類 (該当に○) | 介護予防訪問介護相当サービス | ○ | 緩和した基準による訪問型サービス | 定率 | |
| | | | | 定額 | |
| 事業所 | フリガナ | トシマホウモンサービス | | | |
| | 名称 | としま訪問サービス | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 171 - 0022) 東京 都 道 豊島 市 区 南池袋〇—〇—〇 府 県 町 村 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 03-4566-2435 (内線) 2435 | FAX番号 | 03-3980-5040 |
| | Email | A0030089@city.toshima.lg.jp | | | |
| 管理者 | フリガナ | トシマ イチロウ | 住所 | (郵便番号 171 - 0041) | |
| | 氏名 | 豊島 一郎 | | 東京都豊島区千川〇—〇—〇 | |
| | 生年月日 | 昭和〇年〇月〇日 | | | |
| | 訪問介護員等との兼務の有無 | | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 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 | としま訪問サービス (A4) | | |
| | 兼務する職種及び勤務時間等 | 管理者 (20時間) | | | |
| ○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 | | 訪問介護員等 | | | |
| | | 専従 | 兼務 | | |
| 常勤 (人) | | 3 | 0 | | |
| 非常勤 (人) | | 5 | 0 | | |
| 常勤換算後の人数 (人) | | 4.6 | | | |
| 利用者の推定数 (人) | | 60 | | | |
| サービス提供責任者 | フリガナ | イケブクロ ジロウ | 住所 | (郵便番号 171 - 0022) | |
| | 氏名 | 池袋 次郎 | | 東京都豊島区南池袋〇—〇—〇 | |
| ※介護予防訪問介護相当サービス該當時 | フリガナ | カナメチョウ ハナコ | 住所 | (郵便番号 170 - 0012) | |
| | 氏名 | 要町 花子 | | 東京都豊島区上池袋〇—〇—〇 | |
| 添付書類 | | | | | |

(訪問型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

| | | | | | |
|-----|-------|---------------------------------|------|-------|--|
| 事業所 | フリガナ | | | | |
| | 名称 | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | (内線) | FAX番号 | |
| | Email | | | | |

サービス提供責任者が3名以上勤務している場合や訪問型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合には「(参考) 記入欄不足時の資料」を追加で添付してください。

A2 勤務形態一覧表 (記入例)

(3)事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数 40 時間/週 160 時間/月
当月の日数 30 日

Table with columns for No, (4)職種, (5)勤務形態, (6)資格, (7)氏名, (8)勤務時間 (1-28 days), (9)1-4週目の勤務時間合計, (10)週平均勤務時間数, (11)兼務状況. Includes rows for 管理者, サービス提供責任者, and 訪問介護員.

(8/30追記) A2とA4の両方で勤務される方については、時間を分けているため兼務には当たりませんが、審査のために勤務状況をご記入ください。

管理者は常勤専従である必要があるが、業務に支障がないと認められる場合他の職種と兼務が可能である。そのため管理者(豊島一郎)はA2で管理者と訪問介護員及びA4で管理者に勤務しているが、A2の管理者であるため勤務形態は常勤・専従のAとなる。

人員基準について

■管理者：豊島一郎が常勤で勤務しているため基準を満たす
※勤務時間はA2で20+120時間、A4で20時間勤務しており合計160時間勤務している。

■サービス提供責任者：下記2点により基準を満たす。

- ①池袋次郎が常勤専従で勤務している。
②利用者数(直近3か月の平均)あたりの配置も基準を満たしている
<算出方法> サービス提供責任者の必要配置人数1.3人以上に対してサービス提供責任者を常勤換算法で2.1配置している。
2.1 > 1.3
※(160+80+100)÷160=2.1(小数点第2位以下切り捨て)
※必要配置人数は本紙左下の表参照。

■訪問介護員：以下の計算の結果基準を満たす。

サ責及び訪問介護員の勤務時間の合計：740時間
常勤が勤務すべき時間数：160時間
740÷160=4.6 > 2.5

人員基準の確認は訪問介護員とサービス提供責任者の勤務時間を合算して入力する。

※介護予防訪問介護相当サービスの場合

Table for (12) サービス提供責任者の配置基準 (前3か月の利用者数). Columns: 8月, 9月, 10月, 合計. Rows: 要介護者, 要支援者等, 合計.

平均利用者数 (51.67) ÷ (※) 40 = 1.29 ⇒ 1.3人以上 (小数点第1位以下切り捨て)

(※)以下の要件を全て満たす場合、利用者の数が50人またはその端数を増すごとに1人以上で可
・常勤のサービス提供責任者を3人以上配置
・サービス提供責任者の業務に主として従事する者を1人以上配置
・サービス提供責任者が行う業務が効率的に行われている

(3)【任意入力】人員基準の確認(訪問介護員)

Table for (3) 人員基準の確認. Columns: 勤務形態, 当月合計, 週平均, 常勤換算の対象時間数(当月合計), 週平均, 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 基準： 暦月
常勤換算の対象時間数(当月合計) 740 ÷ 常勤の従業者が 160 常勤換算後の人数 4.6 (小数点第2位以下切り捨て)

訪問介護員等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 0 + 常勤換算方法による人数 4.6 = 合計 4.6人

