

# 申請書様式一覧

資料2-2

様式	名称
様式第1号	指定申請書
別紙1	申請する事業等に係る記載事項(介護予防訪問介護相当サービス(現行相当)用)
別紙2	申請する事業等に係る記載事項(訪問型サービスA(緩和した基準によるサービス)用)
別紙3	申請する事業等に係る記載事項(介護予防通所介護相当サービス(現行相当)用)
別紙4	申請する事業等に係る記載事項(通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)用)
参考様式1	事業所の設備等に係る項目一覧表
参考様式2	管理者の経歴書
参考様式3	サービス提供責任者 経歴書(介護予防訪問介護相当サービス用)
参考様式4	訪問事業責任者 経歴書(訪問型サービスA用)
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
参考様式6-1	従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(訪問型サービス用)
参考様式6-2	従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(通所型サービス用)
参考様式7	誓約書
参考様式8	役員等名簿
参考様式9	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
参考様式10	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
別紙5	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)に係る届出書(訪問型サービス)
別紙6	サービス提供体制強化加算に関する届出書(通所型サービス)
別紙6-1	サービス提供体制強化加算に係る届出書(通所型サービス)添付書類 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)用
別紙6-2	サービス提供体制強化加算に係る届出書(通所型サービス)添付書類 サービス提供体制強化加算(Ⅱ)用
別紙7	サービス提供責任者体制の減算に関する届出書
別紙8	従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(暦月)
	介護職員処遇改善加算関係様式(別紙様式2・3・4・6・7、誓約書、提出書類確認表)

(表)

当該事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条文										第 条 第 項 第 号										
管理者	(フリガナ) 氏 名					(フリガナ) 住 所					(郵便番号 - )									
	生年月日																			
	当該事業所で兼務する場合										兼務する職務									
	同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合										事業所、施設等の名称									
										兼務する職務及び勤務時間等										
事業開始時の利用者の推定数										人										
サービス提供責任者	(フリガナ) 氏 名					(フリガナ) 住 所					(郵便番号 - )									
	生年月日																			
	(フリガナ) 氏 名					(フリガナ) 住 所					(郵便番号 - )									
	生年月日																			
従業者	区 分					訪問介護員等					/									
						専従										兼務				
	常 勤 (人)																			
	非 常 勤 (人)																			
	常勤換算後の人数 (人)																			
	※基準上の必要人数 (人)																			
※適合の可否																				
主な 揭示 事項	営 業 日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その 他 年 間 の 休 日									
	営 業 時 間		平日		～					土曜日		～		日曜日・祝日		～				
	利 用 料		法定代理受領分		三条市が定める基準額の利用者負担分															
			法定代理受領分以外		三条市が定める基準額															
	その他の費用																			
通常の実施地域		①			②			③			④		⑤							
備考																				

注 ※欄は記入しないこと。

(裏)

事業所の一部として使用される事務所の数		事務所	
事業所の一部として使用される事務所	(フリガナ) 名称		
	(フリガナ) 所在地	(郵便番号 - ) 新潟県 市郡	
	連絡先	電話番号	FAX番号
	備考		
	(フリガナ) 名称		
	(フリガナ) 所在地	(郵便番号 - ) 新潟県 市郡	
	連絡先	電話番号	FAX番号
	備考		

注 事業所の所在地以外の場所に事業所の一部として使用される事務所を有する場合に記入すること。

(表)

当該事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条文										第 条 第 項 第 号															
管理者	(フリガナ) 氏 名					(フリガナ) 住 所					(郵便番号 - )														
	生年月日																								
	当該事業所で兼務する場合										兼務する職務														
	同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合										事業所、施設等の名称														
										兼務する職務及び勤務時間等															
事業開始時の利用者の推定数										人															
訪問事業責任者	(フリガナ) 氏 名					(フリガナ) 住 所					(郵便番号 - )														
	生年月日																								
	(フリガナ) 氏 名					(フリガナ) 住 所					(郵便番号 - )														
	生年月日																								
従業者	区 分					従事者					/														
						専従										兼務									
	常 勤 (人)																								
	非 常 勤 (人)																								
	常勤換算後の人数 (人)																								
	※基準上の必要人数 (人)																								
※適合の可否																									
主な 揭示 事項	営 業 日										日 月 火 水 木 金 土 祝														
	日 月 火 水 木 金 土 祝										その 他 年 間 の 休 日														
	平日					～					土曜日					～									
	日曜日・祝日					～																			
	備考																								
利 用 料	法定代理受領分					三条市が定める基準額の利用者負担分																			
	法定代理受領分以外					三条市が定める基準額																			
その他の費用																									
通常 の 事業 の 実 施 地 域	①					②					③					④					⑤				
	備考																								

注 ※欄は記入しないこと。

(裏)

事業所の一部として使用される事務所の数		事務所	
事業所の一部として使用される事務所	(フリガナ) 名称		
	(フリガナ) 所在地	(郵便番号 - ) 新潟県 市郡	
	連絡先	電話番号	FAX番号
	備考		
	(フリガナ) 名称		
	(フリガナ) 所在地	(郵便番号 - ) 新潟県 市郡	
	連絡先	電話番号	FAX番号
	備考		

注 事業所の所在地以外の場所に事業所の一部として使用される事務所を有する場合に記入すること。

(表)

当該事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条文										第 条 第 項 第 号									
管理 者	(フリガナ) 氏 名					(フリガナ) 住 所					(郵便番号 - )								
	生年月日																		
	当該事業所で兼務する場合					兼務する職務													
	同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合					事業所、施設等の名称													
					兼務する職務及び勤務時間等														
利用定員(同時に通所型サービスを受けることができる利用者数の上限)の合計										人									
実施単位数					単位														
食堂及び機能訓練室の面積の合計										㎡									
単 位 別 (1 単 位 目)	従 業 者	区 分		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)																	
		非 常 勤 (人)																	
		※基準上の必要人数 (人)																	
		※適合の可否																	
食堂及び機能訓練室の面積				㎡				※基準上の必要面積				※適合の可否							
								㎡以上											
利 用 定 員										人									
営 業 日										日 月 火 水 木 金 土 祝									
										その 他 年 間 の 休 日									
営 業 時 間										平日 ~ 土曜日 ~ 日曜日・祝日 ~									
										備考									
利 用 料										法定代理受領分 三条市が定める基準額の利用者負担分									
										法定代理受領分以外 三条市が定める基準額									
そ の 他 の 費 用																			
通 常 の 事 業 の 実 施 地 域										① ② ③ ④ ⑤									
										備考									

注1 ※欄は記入しないこと。

(裏)

単 位 別 (2 単 位 目)	従 業 者	区 分	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)									
		非常勤(人)									
		※基準上の必要人数(人)									
	※適合の可否										
	食堂及び機能訓練室の面積			m <sup>2</sup>		※基準上の必要面積		※適合の可否			
						m <sup>2</sup> 以上					
	主 な 掲 示 事 項	利 用 定 員	人								
		営 業 日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その 他 年 間 の 休 日
営 業 時 間		平日	～		土曜日	～		日曜日・祝日	～		
		備考									
利 用 料		法定代理受領分	三条市が定める基準額の利用者負担分								
		法定代理受領分以外	三条市が定める基準額								
その他の費用											
通 常 の 事 業 の 実 施 地 域	①	②		③		④		⑤			
	備考										

注 単位数が2単位以上の場合に記載すること。

事 業 の 一 部 を 行 う 施 設	事業の一部を行う施設の数	施設	
	(フリガナ) 名 称		
	(フリガナ) 所在地	(郵便番号 - ) 新潟県 市 郡	
	連絡先	電話番号	FAX番号
	備 考		

注 事業所の所在地以外の場所に事業の一部を行う施設を有する場合に記入すること。

通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)

に係る記載事項

(表)

当該事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条文										第 条 第 項 第 号											
管理 者	(フリガナ) 氏 名					(フリガナ) 住 所					(郵便番号 - )										
	生年月日																				
	当該事業所で兼務する場合					兼務する職務															
	同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合					事業所、施設等の名称															
					兼務する職務及び勤務時間等																
利用定員(同時に通所型サービスAを受けられることができる利用者数の上限)の合計										人											
実施単位数					単位																
サービスを提供するスペースの面積の合計										m <sup>2</sup>											
単 位 別 (1単位目)	従 業 者	区 分		従事者		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
		常 勤 (人)																			
		非 常 勤 (人)																			
		※基準上の必要人数 (人)																			
		※適合の可否																			
サービスを提供するスペースの面積					m <sup>2</sup>					※基準上の必要面積					※適合の可否						
										m <sup>2</sup> 以上											
利 用 定 員										人											
営 業 日										日 月 火 水 木 金 土 祝											
										その 他 年 間 の 休 日											
営 業 時 間										平日 ~ 土曜日 ~ 日曜日・祝日 ~											
備 考																					
利 用 料										法定代理受領分 三条市が定める基準額の利用者負担分											
										法定代理受領分以外 三条市が定める基準額											
そ の 他 の 費 用																					
通 常 の 事 業 の 実 施 地 域										① ② ③ ④ ⑤											
備 考																					

注1 ※欄は記入しないこと。



(裏)

区分	従事者									
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
従業員	常勤(人)									
	非常勤(人)									
	※基準上の必要人数(人)									
	※適合の可否									
単位別	サービスを提供するスペースの面積		m <sup>2</sup>		※基準上の必要面積		※適合の可否			
					m <sup>2</sup> 以上					
主な揭示事項	利用定員	人								
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間の休日
	営業時間	平日	～		土曜日	～		日曜日・祝日	～	
		備考								
	利用料	法定代理受領分	三条市が定める基準額の利用者負担分							
		法定代理受領分以外	三条市が定める基準額							
	その他の費用									
通常の事業の実施地域	①	②		③		④	⑤			
	備考									

注 単位数が2単位以上の場合に記載すること。

事業の一部を行う施設の数	施設	
(フリガナ) 名称		
(フリガナ) 所在地	(郵便番号 - ) 新潟県 市郡	
連絡先	電話番号	FAX番号
備考		

注 事業所の所在地以外の場所に事業の一部を行う施設を有する場合に記入すること。

参考様式 1

事業所の設備等に係る項目一覧表

サービスの種類	
事業所名	

※サービスの種類  
 ・介護予防通所介護相当サービス  
 ・通所型サービスA

部屋・設備の種類	設備基準上適合すべき項目についての実態	※適合の可否 (市処理欄)

※各部屋の面積、手洗い・トイレの状況、非常用災害設備等の状況を記載してください。

## 管理者 経歴書

住 所			
ふりがな 氏 名			生 年 月 日
経           歴	期 間	勤 務 先	職 務 内 容 等
資 格 の 種 類	種 類	種 類	取 得 年 月 日
管理する事業所又は施設			
備 考			

## サービス提供責任者 経歴書

住 所			
ふりがな 氏 名			生 年 月 日
経          歴	期 間	勤 務 先	職 務 内 容 等
資 格 の 種 類	種 類	取 得 年 月 日	
備 考			

## 訪問事業責任者 経歴書

住 所					
ふりがな 氏 名				生 年 月 日	
経           歴	期 間	勤 務 先		職 務 内 容 等	
	資 格 の 種 類	種 類			取 得 年 月 日
備 考					

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**

事業所又は施設の名称	
------------	--

措置の概要

1 利用者からの相談又は苦情などに対応する常設の窓口(連絡先)及び担当者の設置状況

--

2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制及び手順

--

3 その他参考事項

--

## 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

事業所名	
サービスの種類	

※サービスの種類  
 ・介護予防訪問介護相当サービス  
 ・訪問型サービスA

(            年            月分 ) (            単位目 )

職種	勤務形態	氏名  曜日	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	備考				
			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								
合計																																						

- 注1: 「勤務形態」欄は、常勤・専従の場合は「A」、常勤・兼務の場合は「B」、非常勤・専従の場合は「C」、非常勤・兼務の場合は「D」と記入すること。
- 注2: 4週間の勤務時間数を記入すること。公休の場合は「×」を記入すること。
- 注3: 職種ごとに小計を付けて分けること。
- 注4: 実施単位ごとに作成すること。
- 注5: 夜勤体制を記載する場合は、夜勤を網掛けする等わかるよう記載し、余白にその旨を記載してください。

担当者名	担当者連絡先
	TEL FAX

## 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

事業所名		
サービスの種類		
利用定員	人	
サービス提供時間帯	～	( 時間 )

※サービスの種類  
 ・介護予防通所介護相当サービス  
 ・通所型サービスA

※利用者を施設に迎えてから送り出すまでの時間(送迎時間を除く。)

( 年 月分 ) ( 単位目 )

職種	勤務形態	氏名	曜日	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	29	30	31	備考	
合計																																				

- 注1：「勤務形態」欄は、常勤・専従の場合は「A」、常勤・兼務の場合は「B」、非常勤・専従の場合は「C」、非常勤・兼務の場合は「D」と記入すること。  
 注2：1月間の勤務時間数を記入すること。公休の場合は「×」を記入すること。  
 注3：職種ごとに分けて記載すること。  
 注4：実施単位ごとに作成すること。

担当者名	担当者連絡先
	TEL FAX



介護保険法第 1 1 5 条の 4 5 の 5 第 2 項の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

(宛先) 三条市長 様

申請者 住 所  
氏 名 印  
〔法人にあっては、  
名称及び代表者の職・氏名〕

介護保険法(平成 9 年法律第 1 2 3 号)第 1 1 5 条の 4 5 の 5 第 2 項のいずれにも該当しないことを誓約します。

(介護保険法第 1 1 5 条の 4 5 の 5 第 2 項)

市長村長は、前項の申請があった場合において、申請者が厚生労働省令で定める基準に従って適正に第 1 号事業を行うことができないと認められるときは、指定事業者の指定をしてはならない。

(介護保険法施行規則第 1 4 0 条の 6 3 の 6)

法第 1 1 5 条の 4 5 の 5 第 2 項に規定する厚生労働省令で定める基準は、市町村が定める基準であって、次のいずれかに該当するものとする。

1 第 1 号事業(第 1 号生活支援事業を除く。)に係る基準として、次に掲げるいずれかに該当する基準

イ 介護保険法施行規則等の一部を改正する省令(平成 2 7 年厚生労働省令第 4 号)附則第 2 条第 3 号若しくは第 4 条第 3 号の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成 1 8 年厚生労働省令第 3 5 号。ロにおいて「旧指定介護予防サービス等基準」という。)に規定する旧介護予防訪問介護若しくは旧介護予防通所介護に係る基準の例による基準又は指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成 1 8 年厚生労働省令第 3 7 号。ロにおいて「指定介護予防支援等基準」という。)に規定する介護予防支援に係る基準の例による基準

ロ 旧指定介護予防サービス等基準に規定する基準該当介護予防サービス(旧介護予防訪問介護及び旧介護予防通所介護に係るものに限る。)に係る基準又は指定介護予防支援等基準に規定する基準該当介護予防支援に係る基準の例による基準

ハ 平成 2 6 年改正前法第 5 4 条第 1 項第 3 号又は法第 5 9 条第 1 項第 2 号に規定する離島その他の地域であって厚生労働大臣が定める基準に該当するものに住所を有する居宅要支援被保険者等が、平成 2 6 年改正前法第 5 4 条第 1 項第 3 号又は法第 5 9 条第 1 項第 2 号に規定するサービスを受けた場合における当該サービスの内容を勘案した基準

ニ 第 1 号事業に係る基準として、当該第 1 号事業に係るサービスの内容等を勘案した基準(前号に掲げるものを除く。)

## 役員等名簿

フリガナ		役職名	
氏名		生年月日	
郵便番号	(〒    -    )		
フリガナ			
住所			
フリガナ		役職名	
氏名		生年月日	
郵便番号	(〒    -    )		
フリガナ			
住所			
フリガナ		役職名	
氏名		生年月日	
郵便番号	(〒    -    )		
フリガナ			
住所			
フリガナ		役職名	
氏名		生年月日	
郵便番号	(〒    -    )		
フリガナ			
住所			
フリガナ		役職名	
氏名		生年月日	
郵便番号	(〒    -    )		
フリガナ			
住所			
フリガナ		役職名	
氏名		生年月日	
郵便番号	(〒    -    )		
フリガナ			
住所			
フリガナ		役職名	
氏名		生年月日	
郵便番号	(〒    -    )		
フリガナ			
住所			

参考様式9

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

平成 年 月 日

(宛先) 三条市長

所在地 (住所)

名称 (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。

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 - ) (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 - )				
	事業所・施設の状況	フリガナ 名称				
主たる事業所・施設の所在地		(郵便番号 - )				
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 - )				
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 - )				
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	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)
	介護予防訪問介護相当サービス(独自) ※現行相当サービス			1新規 2変更 3終了		
	訪問型サービスA(独自) ※緩和した基準によるサービス			1新規 2変更 3終了		
	介護予防通所介護相当サービス(独自) ※現行相当サービス			1新規 2変更 3終了		
	通所型サービスA(独自) ※緩和した基準によるサービス			1新規 2変更 3終了		
介護保険事業所番号		(既に指定(許可)を受けている場合・・・複数ある場合は適宜様式を補正して記入)				
特記事項	変更前			変更後		
	掲げる項目を記載してください。					
関係書類						

- 備考1 「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。
- 2 「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。
- 3 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 4 「異動等の区分」欄は、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。
- 5 「異動項目」欄には、参考様式10「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。
- 6 「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。
- 7 「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。

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

住所  
氏名  
届出者  
印  
(法人にあっては、名称及び代表者の職・氏名)  
届出担当者 連絡先(電話番号)

サービス種類		新規・変更の別	
事業所名		1 新規	2 変更
事業所番号		平成 年 月 日から適用	
社会福祉法人軽減事業実施の有無			1 なし 2 あり

次の区分に該当するものとして、届け出ます。

提供サービス	届出の内容				変更	割引
	その他該当する体制等					
A2 介護予防訪問介護相当サービス(独自) ※現行相当サービス	サービス提供責任者体制の減算	1 なし	2 あり			1 なし
	特別地域加算	1 なし	2 あり			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	5 加算Ⅰ	2 加算Ⅱ	3 加算Ⅲ	4 加算Ⅳ
A2 訪問型サービスA(独自) ※緩和した基準によるサービス	サービス提供責任者体制の減算	1 なし	2 あり			1 なし
	特別地域加算	1 なし	2 あり			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	5 加算Ⅰ	2 加算Ⅱ	3 加算Ⅲ	4 加算Ⅳ
A6 介護予防通所介護相当サービス(独自) ※現行相当サービス	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
	若年性認知症利用者受入加算	1 なし	2 あり			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	4 加算Ⅳ
A6 通所型サービスA(独自) ※緩和した基準によるサービス	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
	若年性認知症利用者受入加算	1 なし	2 あり			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	4 加算Ⅳ

別紙5

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）に係る届出書  
（訪問型サービス）

事業所名				
訪問型サービス ※現行相当サービス ※緩和した基準によるサービス	<p>一月当たりの実利用者数が5人以下である。</p> <p>[ 前年度 ・ 直近の三月 ] の平均実利用者数                  （ [ ] はいずれかに○を付ける。）</p> <p>※直近の三月の場合は指定年月日若しくは再開年月日を記載                  （平成      年      月      日）</p> <table border="1" data-bbox="440 734 946 808"> <tr> <td>一月当たりの実利用者数</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>※1 一月当たりの実利用者数は、前年度（3月を除く。）の一月当たりの平均実利用者数をいう。</p> <p>※2 前年度の実績が六月に満たない事業所については、直近の三月における一月当たりの平均実利用者数を用いること。</p>	一月当たりの実利用者数	人	該 当 ・ 非該当
一月当たりの実利用者数	人			

サービス提供体制強化加算に関する届出書(通所型サービス)

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規                                      2 変更                                      3 終了
3 施設種別	介護予防通所介護相当サービス・通所型サービスA ※該当に○
4 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(I)イ    2 サービス提供体制強化加算(I)ロ 3 サービス提供体制強化加算(II)

5 介護福祉士等の状況	<p>[ 前年度(3月を除く)・前三月 ]における一月当たりの実績の平均 ( [ ]はいずれかに○を付ける) ※前三月の場合は指定年月日若しくは再開年月日を記載 (平成    年    月    日)</p> <table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>介護職員等の総数 (常勤換算)</td> <td>人</td> <td rowspan="2">①に占める②の割合が 50%以上(加算Iイ) 40%以上(加算Iロ)</td> <td rowspan="2">有・無</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)</td> <td>人</td> </tr> </table>	①	介護職員等の総数 (常勤換算)	人	①に占める②の割合が 50%以上(加算Iイ) 40%以上(加算Iロ)	有・無	②	①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人
①	介護職員等の総数 (常勤換算)	人	①に占める②の割合が 50%以上(加算Iイ) 40%以上(加算Iロ)	有・無					
②	①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人							
6 勤続年数の状況	<p>[ 前年度(3月を除く)・前三月 ]における一月当たりの実績の平均 ( [ ]はいずれかに○を付ける) ※前三月の場合は指定年月日若しくは再開年月日を記載 (平成    年    月    日)</p> <table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>サービスを直接提供する者(生活相談員、看護職員、介護職員又は機能訓練指導員等として勤務を行う職員)の総数(常勤換算)</td> <td>人</td> <td rowspan="2">①に占める②の割合が30%以上</td> <td rowspan="2">有・無</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち勤続年数3年以上の者の総数(常勤換算)</td> <td>人</td> </tr> </table>	①	サービスを直接提供する者(生活相談員、看護職員、介護職員又は機能訓練指導員等として勤務を行う職員)の総数(常勤換算)	人	①に占める②の割合が30%以上	有・無	②	①のうち勤続年数3年以上の者の総数(常勤換算)	人
①	サービスを直接提供する者(生活相談員、看護職員、介護職員又は機能訓練指導員等として勤務を行う職員)の総数(常勤換算)	人	①に占める②の割合が30%以上	有・無					
②	①のうち勤続年数3年以上の者の総数(常勤換算)	人							

注1 「2 異動区分」、「3 施設種別」及び「4 届出項目」欄は、該当する番号に○を付けてください。

2 「5 介護福祉士等の状況」は、「4 届出項目」が「1 サービス提供体制強化加算(I)」の場合に記載してください。

この場合、前年度(3月を除く)又は届出日の属する月の前三月の介護職員の勤務実績(別紙6-1 介護職員の勤務実績)を添付してください。

3 「6 勤続年数の状況」は、「4 届出項目」が「3 サービス提供体制強化加算(II)」の場合に記載してください。

この場合、前年度(3月を除く)又は届出日の属する月の前三月のサービスを直接提供する者の勤務実績(別紙6-2 サービスを直接提供する者の勤務実績)を添付してください。

4 資格を有することを証明する書類(資格証)の写しを添付してください。

介護職員等の勤務実績（ 年 月 ）

事業所名	
------	--

有する資格等	勤務形態	氏名	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	29	30	31	常勤換算						
																																		月の合計勤務時間 A	週平均の勤務時間 (A÷当該月の日数)×7	常勤換算後の人数				

介護職員の総数(常勤換算)	人	介護福祉士の総数(常勤換算)	人
---------------	---	----------------	---

注1 有する資格ごとに分けて記載してください。(有する資格ごとに小計してください。)

2 「勤務形態」については、次の略称を用いてください。  
 A…常勤かつ専従     B…常勤かつ兼務     C…非常勤かつ専従     D…非常勤かつ兼務

3 記載欄が不足する場合は、適宜様式を追加してください。

4 資格を有することを証明する書類(資格証)の写しを添付してください。





サービス提供責任者体制の減算に関する届出書

1 事業所名	
2 異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了

3 平成27年3月31日 時点で、現に配置して いる介護職員初任者研 修修了者のサービス提 供責任者	氏名	氏名		

4 当該訪問型サービス事業所以外の事業所であって、当該事業所に対して訪問型サービスの提供に係る支援を行うものとの密接な連携の下に運営される訪問型サービス事業所（いわゆる「サテライト事業所」）となること又はなることが計画されている。	有 ・ 無		
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 25%;">移行予定年月日</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">年 月 日</td> </tr> </table> （実施予定年月日は平成30年3月31日までの間のいずれかの日）	移行予定年月日	年 月 日	
移行予定年月日	年 月 日		

備考 平成28年3月31日までに届け出た場合、平成30年3月31日までの間に限り、減算適用事業所を統合する訪問介護事業所全体について、当該減算を適用しない。



様式第1号(第7条関係)

提出担当者	連絡先	TEL
	氏名	FAX

指定事業者の指定申請書

(宛先) 三条市長 様

年 月 日

申請者 住 所  
氏 名  
〔 法人にあつては、  
名称及び代表者の職・氏名 〕 印

第1号訪問事業・第1号通所事業に係る指定事業者の指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

申 請 者	(フリガナ) 名 称							
	(フリガナ) 主たる事務所の 所在地	(郵便番号 ー )						
	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				(フリガナ) 氏名	生 年 月 日	
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 概 要	(フリガナ) 代表者の住所	(郵便番号 ー )						
	(フリガナ) 事業所の名称							
	(フリガナ) 事業所の所在地	(郵便番号 ー )						
	連絡先	電話番号			FAX番号			
	同 一 所 在 地 に お い て 行 う 事 業 等 の 種 類	Eメールアドレス						
		同一所在地において行う事業等の種類		居宅(介護予防)サービス・居宅介護支援・施設				
		申請する事業等の開始予定年月日	既に指定(許可)を受けている事業等の指定(許可)年月日		申請する事業の記載事項			
訪問介護								
介護予防訪問介護								
介護予防訪問介護相当サービス(現行相当)				別紙1				
訪問型サービスA(緩和した基準によるサービス)				別紙2				
通所介護								
介護予防通所介護								
介護予防通所介護相当サービス(現行相当)				別紙3				
通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)				別紙4				
その他(								
介護保険事業所番号		(既に指定(許可)を受けている場合・・・複数ある場合は適宜様式を補正して記入)						
保険医療機関コード等								

注 事業所が法人以外の開設する病院、診療所又は薬局であるときは、申請者欄の「名称」を「氏名」、「主たる事務所の所在地」を「住所」、「代表者」を「開設者」に読み替え、「法人の種別(及び法人所轄庁)」欄の記載を要しない。

## 平成28年度介護職員処遇改善加算 届出時提出書類確認表

法人名		平成27年度の介護職員処遇改善加算の届出状況について、次のいずれかに「○」を付けてください。	届出済 ・ H28年度から 新規届出
-----	--	--	-----------------------------

(本表は全事業者が必ず提出)

以下の表により提出が必要な書類を確認の上、該当する項目に○をつけ、当該書類を提出願います。

	提出書類	書類の説明	該当する項目に○
<b>平成28年度に届出する全事業者が確認の上、「1～8」の書類を全て提出</b>			
1	別紙様式3 (届出書)	事業所単独で届出する場合に提出	
	別紙様式4 (届出書)	三条市指定の複数の事業所で届け出する場合	
2	別紙様式2 (介護職員処遇改善計画書)	<u>必ず提出</u> → 届出する事業所ごとに作成することも可能であるが、複数のサービスや指定権者分を一括して作成することも可能	
3	別紙様式2の添付書類	別紙様式2添付書類1 (三条市指定の事業所一覧表) = 別紙様式4により提出した場合に提出	
		別紙様式2添付書類2 (都道府県状況一覧表) = 県外の事業所にまたがる場合のみ提出	
		別紙様式2添付書類3 (市町村一覧表) = 県内の複数の指定権者へ提出する場合のみ提出	
4	就業規則及び給与規定 (上記がない場合、協定書や雇用通知等、職員に支払うことが分かる書類)	→ 平成27年度の当該加算の届出から変更がなければ、今回改めて提出する必要はない。 → 単年度の協定書の写しを提出している場合は、28年度の協定書の写しの提出が必要	
5	誓約書	<u>必ず提出</u>	
6	労働保険の加入が確認できる書類 (労働保険関係成立届 労働保険概算・確定保険料申告書等)	→ 平成27年度の当該加算の届出の労働保険番号から変更がなければ、今回改めて提出する必要はない。	
7	別紙様式6 特別な事情に係る届出書	事業の継続を図るために、介護職員の賃金水準を引き下げた上で賃金改善を行う場合に提出	
8	体制等に関する届出書及び 体制等状況一覧表	原本・写し各1部を提出 → 事業所ごとに作成し、当該事業所を所管する指定権者に提出  → 現在依頼中の介護職員処遇改善加算以外の加算等の体制届と内容に食い違いが生じないように注意	

○をつけてください

介護職員処遇改善計画書(平成 年度届出用)

事業所等情報

介護保険事業所番号																				
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業者・開設者	フリガナ												
	名称												
主たる事務所の所在地	〒	都・道 府・県											
	電話番号					FAX 番号							
事業所等の名称	フリガナ										提供するサービス		
	名称												
事業所の所在地	〒	都・道 府・県											
	電話番号					FAX 番号							
※事業所等情報については、複数の事業所ごとに一括して提出する場合は「別紙一覧表による」と記載すること。													

(1) 賃金改善計画について(本計画に記載された金額については見込みの額であり、申請時以降の運営状況(利用者数等)、人員配置状況(職員数等)その他の事由により変動があり得るものである。)

①	算定する加算の区分	介護職員処遇改善加算 ( I II III IV )			
②	介護職員処遇改善加算算定対象月	平成 年 月 ~ 平成 年 月			
③	平成 年度介護職員処遇改善加算の見込額	円			
④	賃金改善の見込額(i - ii)	円			
	i) 加算の算定により賃金改善を行った場合の賃金の総額(見込額)	円			
	ii) 加算を算定しない場合(元々の賃金水準)の賃金の総額(見込額)	円			
加算(I)の上乗せ相当分を用いて計算する場合					
⑤	平成 年度介護職員処遇改善加算の見込額(加算(I)と加算(II)の比較)	円			
⑥	賃金改善の見込額(iii - iv)	円			
	iii) 加算(I)の算定により賃金改善を行った場合の賃金の総額(見込額)	円			
	iv) 従来の加算(I)を取得した場合の前年度の賃金の総額(見込額)	円			

※ 加算(I)の上乗せ相当分を用いて計算する際は、③及び④の代わりに⑤及び⑥を使用する。  
 ※ ④又は⑥については、法定福利費等の賃金改善に伴う増加分も含むことができる。  
 ※ 他の都道府県等に所在する複数の事業所等を一括して作成し、提出する場合は添付書類2及び添付書類3を添付すること。

賃金改善の方法について	
⑦	賃金改善実施期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月 ※原則各年4月~翌年3月までの連続する期間を記入すること。なお、当該期間の月数は加算の対象月数を超えてならない。
⑧	賃金改善を行う賃金項目 基本給、[ ] 手当、[ ] 手当、[ ] 手当、賞与(一時金) その他( )
⑨	賃金改善を行う方法(一人当たりの平均賃金改善月額等についても可能な限り具体的に記載すること。なお、当該改善額は見込みかつ全体の平均で、法定福利費等の増加額も含み、税引き前であるため、実際の個々人の手取り額とは必ずしも一致しない。)

(2) キャリアパス要件について

次の内容についてあてはまるものに○をつけること。	
要件Ⅰ	<p>次の①から③までのすべての要件を満たす。</p> <p>① 職員の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めている。</p> <p>② 職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系について定めている。</p> <p>③ 就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、すべての介護職員に周知している。</p> <p>※ 非該当の場合、①から③までの要件をすべて満たすことのできない理由</p>
	該当 ・ 非該当
要件Ⅱ	<p>次の④及び⑤の要件を満たす。</p> <p>④ 介護職員との意見交換を踏まえた資質向上のための目標</p> <p>⑤ ④の実現のための具体的な取り組みの内容 (いずれかに○をつけること。)</p>
	該当 ・ 非該当
	<p>ア 資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、介護職員の能力評価を行う。</p> <p>イ 資格取得のための支援の実施 ※当該支援の内容について下記に記載すること ( )</p>

(注) ⑤のアを選択した場合、本書に資質向上のための計画を添付すること。

(3) 職場環境等要件について

(※) 太枠内に記載すること。

<p>加算(Ⅰ)については平成28年4月以降(予定)の、加算(Ⅱ・Ⅲ)については平成20年10月から現在までに実施した事項について必ず1つ以上に○をつけること(ただし、記載するにあたっては、選択したキャリアパスに関する要件で求められている事項と明らかに重複する事項を記載しないこと。)</p>	
資質の向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>働きながら介護福祉士取得を目指す者に対する者への実務者研修受講支援や、より専門性の高い介護技術を取得しようとする者に対する喀痰吸引、認知症ケア、サービス提供責任者研修、中堅職員に対するマネジメント研修の受講支援(研修受講時の他の介護職員の負担を軽減するための代替職員確保を含む)</li> <li>研修の受講やキャリア段位制度と人事考課との連動</li> <li>小規模事業者の共同による採用・人事ローテーション・研修のための制度構築</li> <li>キャリアパス要件に該当する事項(キャリアパス要件を満たしていない介護事業者に限る)</li> <li>その他( )</li> </ul>
労働環境・ 処遇の改善	<ul style="list-style-type: none"> <li>新人介護職員の早期離職のためのエルダー・メンター(新人指導担当者)制度等導入</li> <li>雇用管理改善のため管理者の労働・安全衛生法規、休暇・休職制度に係る研修受講等による雇用管理改善対策の充実</li> <li>ICT活用(ケア内容や申し送り事項の共有(事業所内に加えタブレット端末を活用し訪問先でアクセスを可能にすること等を含む)による介護職員の事務負担軽減、個々の利用者へのサービス履歴・訪問介護員の出勤情報管理によるサービス提供責任者のシフト管理に係る事務負担軽減、利用者情報蓄積による利用者個々の特性に応じたサービス提供等)による業務省力化</li> <li>介護職員の腰痛対策を含む負担軽減のための介護ロボットやリフト等の介護機器等導入</li> <li>子育てとの両立を目指す者のための育児休業制度等の充実、事業所内保育施設の整備</li> <li>ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化による個々の介護職員の気づきを踏まえた勤務環境やケア内容の改善</li> <li>事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成による責任の所在の明確化</li> <li>健康診断・こころの健康等の健康管理面の強化、職員休憩室・分煙スペース等の整備</li> <li>その他( )</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護サービス情報公表制度の活用による経営・人材育成理念の見える化</li> <li>中途採用者(他産業とからの転職者、主婦層、中高年齢者等)に特化した人事制度の確立(勤務シフトの配慮、短時間正規職員制度の導入等)</li> <li>障害を有する者でも働きやすい職場環境構築や勤務シフト配慮</li> <li>地域の児童・生徒や住民との交流による地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上</li> <li>非正規職員から正規職員への転換</li> <li>職員の増員による業務負担の軽減</li> <li>その他( )</li> </ul>

上記については、雇用するすべての介護職員に対し周知をしたうえで、提出していることを証明いたします。

平成 年 月 日 (法人名)  
(代表者名)

印

介護職員処遇改善計画書(事業所一覧表)

法人名	
-----	--

市町村    三条市

介護保険事業所番号	事業所の名称	サービス名

ページ数	総ページ数
	/

## 介護職員処遇改善計画書(都道府県状況一覧表)

法人名				
都道府県	介護職員処遇改善加算の見込額	賃金改善所要見込額	他都道府県事業所等の介護職員の賃金改善の原資として充当する見込額	他都道府県の事業所等で受けた加算額を原資として改善する見込額
北海道	円	円	円	円
青森県	円	円	円	円
岩手県	円	円	円	円
宮城県	円	円	円	円
秋田県	円	円	円	円
山形県	円	円	円	円
福島県	円	円	円	円
茨城県	円	円	円	円
栃木県	円	円	円	円
群馬県	円	円	円	円
埼玉県	円	円	円	円
千葉県	円	円	円	円
東京都	円	円	円	円
神奈川県	円	円	円	円
新潟県	円	円	円	円
富山県	円	円	円	円
石川県	円	円	円	円
福井県	円	円	円	円
山梨県	円	円	円	円
長野県	円	円	円	円
岐阜県	円	円	円	円
静岡県	円	円	円	円
愛知県	円	円	円	円
三重県	円	円	円	円
滋賀県	円	円	円	円
京都府	円	円	円	円
大阪府	円	円	円	円
兵庫県	円	円	円	円
奈良県	円	円	円	円
和歌山県	円	円	円	円
鳥取県	円	円	円	円
島根県	円	円	円	円
岡山県	円	円	円	円
広島県	円	円	円	円
山口県	円	円	円	円
徳島県	円	円	円	円
香川県	円	円	円	円
愛媛県	円	円	円	円
高知県	円	円	円	円
福岡県	円	円	円	円
佐賀県	円	円	円	円
長崎県	円	円	円	円
熊本県	円	円	円	円
大分県	円	円	円	円
宮崎県	円	円	円	円
鹿児島県	円	円	円	円
沖縄県	円	円	円	円
全国計	0円	0円	0円	0円



## 介護職員処遇改善計画書(指定権者一覧表)

法人名				
都道府県				
指定権者	介護職員処遇改善加算の見込額	賃金改善所要見込額	他都道府県事業所等の介護職員の賃金改善を原資として充当する見込額	他都道府県の事業所等で受けた加算額を原資として改善する見込額
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
合 計	0 円	0 円	0 円	0 円

別紙様式 3

担当者氏名
電話番号
FAX番号

平成 年 月 日

三条市長 國 定 勇 人 様

(法人名)

(代表者)

印

平成 年度介護職員処遇改善加算届出書

介護サービス事業所「 」(介護保険事業所番号)(サービス名)に係る介護職員処遇改善加算に関する届出書について、平成 年 月サービス分から算定がなされるよう、別添のとおり、介護職員処遇改善計画書その他必要な書類を添えて届け出ます。

(添付書類)

- ・介護職員処遇改善計画書(別紙様式2)
- ・その他必要な書類(就業規則、給与規程、労働保険関係成立届等の納入証明書等)

\* なお、加算の算定日が属する月の前12月間において、労働基準法(昭和22年法律第49号)等の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないことを申し添えます。

別紙様式 4

担当者氏名
電話番号
FAX番号

平成 年 月 日

三条市長 國定 勇人 様

(法人名)

(代表者)

印

平成 年度介護職員処遇改善加算届出書

別表の介護サービス事業所に係る介護職員処遇改善加算に関する届出書について、平成 年 月サービス分から算定がなされるよう、別添のとおり、介護職員処遇改善計画書その他必要な書類を添えて届け出ます。

(添付書類)

- ・介護職員処遇改善計画書（別紙様式 2）
- ・その他必要な書類（就業規則、給与規程、労働保険関係成立届等の納入証明書等）

\* なお、加算の算定日が属する月の前 1 2 月間において、労働基準法（昭和 2 2 年法律第 4 9 号）等の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないことを申し添えます。

別紙様式 6

特別な事情に係る届出書（平成 28 年度）

事業所等情報

介護保険事業所番号														
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業者・開設者	フリガナ			
	名称			
事業所等の名称	フリガナ		提供するサービス	
	名称			

1. 事業の継続を図るために、介護職員の賃金水準を引き下げる必要がある状況について

当該事業所を含む当該法人の収支（介護事業に限る。）について、サービス利用者数の大幅な減少などにより経営が悪化し、一定期間にわたり収支が赤字である、資金繰りに支障が生じるなどの状況について記載

※ 当該状況を把握できる書類を提出し、代替することも可。

2. 賃金水準の引下げの内容

3. 経営及び賃金水準の改善の見込み

※ 経営及び賃金水準の改善に係る計画等を提出し、代替することも可。

4. 賃金水準を引き下げることに付いて、適切に労使の合意を得ていること等について

労使の合意の時期及び方法等について記載

平成 年 月 日 (法人名)

(代表者名)

印

別紙様式 7

担当者氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

三条市長 國 定 勇 人 様

(法人名)

(代表者)

印

平成 年度介護職員処遇改善加算変更届出書

「 \_\_\_\_\_ 」(介護保険事業所番号) (サービス名) (\*下記「記載上の留意事項」参照)に係る介護職員処遇改善加算の算定について、下記の理由により、平成 年 月サービス分から変更したいので届出します。

記

1 変更理由

- (1) 会社法に吸収合併、新設合併等による介護職員処遇改善計画書の作成単位が変更となる場合
- (2) 別紙様式4により届出を行う事業者において、当該申請に係る介護サービス事業所等に増減(新規指定、廃止等の事由による)があった場合
- (3) 就業規則を改正(介護職員の処遇に関する内容に限る。)した場合
- (4) キャリアパス要件等に関する適合状況に変更(キャリアパス要件等の適合状況ごとに定める率が変動する場合又はキャリアパス要件Ⅰ及びキャリアパス要件Ⅱの要件間の変更に限る。)があった場合

※該当する番号に○を付けること

2 提出書類

- (1) 上記1(1)の場合

ア 下記の表に金額を記入し、その積算となる資料を添付すること

事実発生までの加算の使用実績(a)	受け入れた加算金額(b)	残額 a - b = c

イ 承継後の加算の取り扱いに関する内容(別紙様式2を提出すること)

- (2) 上記1(2)の場合

別紙様式2及び別紙様式2(添付書類1)を作成し、添付して提出すること

- (3) 上記1(3)の場合

変更後の就業規則等を添付して提出すること

- (4) 上記1(4)の場合

変更後のキャリアパス要件等届出書等を添付して提出すること

\* 記載上の留意事項: 下線部については、別紙様式4により届出した場合は、「別表の介護サービス事業所」と記載すること

平成 年 月 日

三条市長 國 定 勇 人 様

法人名

代表者職・氏名

印

### 誓 約 書

介護職員処遇改善加算を算定するにあたり、厚生労働大臣が定める次に掲げる基準に該当していることを誓約します。

なお、算定要件を満たさなくなった場合は、速やかにその旨を届け出ます。

#### ○ 厚生労働大臣が定める基準

算定日が属する月の前12月間において、労働基準法（昭和22年法律第49号）、労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）、最低賃金法（昭和34年法律第137号）、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）、雇用保険法（昭和49年法律第116号）その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。