

提出書類一覧表 （（介護予防）認知症対応型共同生活介護）

番号	チェック	書類名	様式番号
1	<input type="checkbox"/>	指定地域密着型サービス事業者公募申込書	様式 1
2	<input type="checkbox"/>	指定地域密着型サービス事業者公募の概要	様式 2
3	<input type="checkbox"/>	審査項目に関する資料	様式 3
4	<input type="checkbox"/>	法人の沿革	様式 4
5	<input type="checkbox"/>	法人の登記簿（履歴事項全部証明書）（3 ヶ月以内に発行されたもの）	—
6	<input type="checkbox"/>	開設者（代表者）経歴書	様式 5
7	<input type="checkbox"/>	管理者（予定）経歴書	様式 6
8	<input type="checkbox"/>	事業所の図面（位置図、配置図、平面図）・各室面積表	—
9	<input type="checkbox"/>	建設予定地の公図、登記簿謄本（3 ヶ月以内に発行されたもの）	—
10	<input type="checkbox"/>	設計業者による工事見積書	—
11	<input type="checkbox"/>	建設用地の現況写真	—
12	<input type="checkbox"/>	建設予定地の賃貸借契約書又は確約書（自己所有地以外の場合）	—
13	<input type="checkbox"/>	建設予定地の地元区長並びに隣接土地地権者に説明したことがわかる書類	—
14	<input type="checkbox"/>	従業者の雇用計画の概要	様式 7
15	<input type="checkbox"/>	従業者への研修計画の概要	様式 8
16	<input type="checkbox"/>	介護保険事業等運営実績一覧表	様式 9
17	<input type="checkbox"/>	実地指導・監査等結果通知の写し（平成30年度～令和 2 年度分）	—
18	<input type="checkbox"/>	事業開始までのスケジュール	様式 1 0
19	<input type="checkbox"/>	資金計画書	様式 1 1
20	<input type="checkbox"/>	事業収支計画書	様式 1 2
21	<input type="checkbox"/>	借入金返済計画書（借入れを行う場合）	様式 1 3
22	<input type="checkbox"/>	決算書類（直近過去 3 年分）	—
23	<input type="checkbox"/>	残高証明書の写し	—
24	<input type="checkbox"/>	市町村の納税証明書（法人市民税・固定資産税 前年分）	—

※ 様式番号の「—」は、任意様式です。

(様式1)

年 月 日

(あて先) 東御市長

住 所

法人名

代表者

印

### 指定地域密着型サービス事業者公募申込書

令和4年度（令和5年度整備分）東御市指定地域密着型サービス事業者募集要項の内容を遵守することを誓約し、下記のとおり関係書類を提出します。

#### 記

- 1 サービスの種類  
（介護予防）認知症対応型共同生活介護
- 2 事業所の名称等  
名 称  
住 所  
（行政区：                      ）
- 3 提出書類  
別紙「提出書類一覧表」のとおり

(担当者連絡先)

氏名

電話番号

F A X

E-mail

## 指定地域密着型サービス事業者公募の概要

## 1 事業所名等

サービス名	地域密着型特定施設入居者生活介護
事業所名（仮称含む）	

## 2 設置主体

法人名		
代表者（役職・氏名）		
主たる事務所の所在地	〒	
連絡先	担当者（役職・氏名）	
	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	

## 3 整備形態

定員	人				
事業開始予定年月日	年 月 日				
整備形態	設置種別	<input type="checkbox"/> 単独 ・ <input type="checkbox"/> 併設 ・ <input type="checkbox"/> サテライト型			
	併設事業所がある場合 併設事業所の名称等	事業所名		サービス名	<input type="checkbox"/> 新設 <input type="checkbox"/> 既存
		事業所名		サービス名	<input type="checkbox"/> 新設 <input type="checkbox"/> 既存
	サテライト型の場合 本体事業所の所在地等	事業所名		共同生活住居数	
所在地		(車での移動時間 分)			

4 用地

開設予定地（所在地）	東御市		
	（行政区）		
	土砂災害警戒区域の指定 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		
	浸水想定区域の指定 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		
土地に係る法的規制の概要	農業振興地域の整備に関する法律		
	農用地区域内で	<input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない	
	農地法		
	農地で	<input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない	
	都市計画法		
	用途地域で	<input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない	
	その他の規制等に関わる法律or担当課との事前相談・協議状況		
土地の現況及び面積	（現況）	（地目）	面積 m <sup>2</sup>
権利形態	<input type="checkbox"/> 自己所有 ・ <input type="checkbox"/> 取得予定地 ・ <input type="checkbox"/> 賃貸 賃貸の場合 （契約（予定）期間 年 月 日 ～ 年 月 日）		
所有者			
当該土地を選んだ理由について（自由記述）			

5 建物

建物の構造及び延床面積		造 ・ 延べ <span style="float: right;">㎡</span>
		階建て (1階 <span style="margin-left: 100px;">㎡</span> 、2階 <span style="margin-left: 100px;">㎡</span> 、3階 <span style="margin-left: 100px;">㎡</span> )
		<input type="checkbox"/> 耐火構造 ・ <input type="checkbox"/> 準耐火構造 ・ <input type="checkbox"/> その他 ( )
整備方法		<input type="checkbox"/> 新築 ・ <input type="checkbox"/> 改修 ・ <input type="checkbox"/> その他 ( )
権利形態		<input type="checkbox"/> 自己所有 ・ <input type="checkbox"/> 取得予定 ・ <input type="checkbox"/> 賃貸 賃貸の場合 (契約 (予定) 期間 年 月 日 ~ 年 月 日)
所有者		
設備等	居間及び食堂	<input type="checkbox"/> 別に設置 (居間: <span style="margin-left: 50px;">㎡</span> 、食堂: <span style="margin-left: 50px;">㎡</span> ) <input type="checkbox"/> 同一の室内 ( <span style="margin-left: 100px;">㎡</span> )
	居室	1室の面積 ( <span style="margin-left: 100px;">㎡</span> )
	地域との交流スペース	<input type="checkbox"/> あり ( <span style="margin-left: 100px;">㎡</span> ) ・ <input type="checkbox"/> なし

6 運営実績

介護保険サービス事業所の運営実績	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
介護保険実地指導、監査による不適正請求や運営基準等の違反、介護報酬の返還の有無 (法人、グループ傘下を含む)	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 実地指導 <input type="checkbox"/> 監査) <input type="checkbox"/> なし
※ありの場合の具体的な内容	
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	

## 審査項目に関する資料

(様式3)

(サービス名： (介護予防) 認知症対応型共同生活介護

(法人名： )

### 1 事業理念、基本方針

(法人として、事業を運営する上での理念、基本方針を記入してください。)

### 2 事業所の建物・立地条件

(建物の構造、設備上の特徴や、事業所周辺の様子など立地条件について記入してください。)

### 3 職員の確保・育成に向けた取り組み

(職員を確保するための方策や、職員に対する研修等の育成方針、定着率向上のための取組について記入してください。)

#### 4 利用者の処遇

(認知症ケアについての考え方、利用者の食事・入浴・排泄等に対する介護・支援についての考え方、健康管理や身体機能の維持回復への支援、ターミナルを含めた重度化への対応、要望や苦情に対する考え方などについて記入してください。)

#### 5 非常災害対策

(非常災害時の対応策などについて記入してください。整備予定地が浸水想定区域や土砂災害警戒区域にある場合は、防災上の有効な対応策を記入してください。)

#### 6 感染症対策

(感染症防止策、感染症発生時の対応などについて記入してください。)

## 7 事故防止・安全対策等

(利用者の事故防止・虐待防止の考え方について記入してください。)

## 8 家族・地域住民と連携した取り組み

(家族・地域住民との連携や交流方法、地域貢献などについて記入してください。)

## 9 医療機関等との連携

(協力医療機関、協力歯科医療機関、他事業所との連携について記入してください。)



## 10 利用料金等

家賃 (月額)	円	
敷金	円	
一時金 (敷金を除く)	円 保全契約先 ( )	
食費	1日あたりの食費 ( 円) 朝食 ( 円) 昼食 ( 円) 夕食 ( 円) おやつ ( 円)	
光熱水費 (月額)	円	
その他の費用		円
		円
		円
		円
		円

※家賃及び食費については、積算根拠がわかる資料を添付してください。

## 11 事業計画の特色

(独自の取り組み等、評価されると考える事項があれば記入してください。)



## 開設者（代表者）経歴書

事業所又は施設の名称			
法人名			
カナ		生年月日	年 月 日
氏名		役職	
住所	(郵便番号 - )		
電話番号			
主 な 職 歴 等			
(認知症高齢者の介護経験又は保健医療サービス若しくは福祉サービスの経営経験がわかるように記入してください。)			
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		資格取得年月日	
研修の受講状況 ※研修修了書の写しを添付してください			
認知症対応型サービス事業開設者研修		年	月 修了
認知症介護実務者研修 基礎課程又は専門課程		年	月 修了
認知症介護実践者研修 「実践者研修」		年	月 修了
認知症介護実践者研修 「リーダー研修」		年	月 修了
認知症介護指導者研修		年	月 修了
認知症高齢者グループホーム開設予定者研修		年	月 修了
認知症高齢者グループホーム管理者研修		年	月 修了
認知症対応型サービス事業管理者研修 (参考)		年	月 修了
その他 ( )		年	月 修了

- (備考) 1 住所、電話番号は、自宅のものを記入してください。  
 2 資格等を証する書類の写しを添付してください。  
 3 研修等の受講の状況等を証する書類の写しを添付してください。

## 管理者(予定)経歴書

事業所又は施設の名称			
法人名			
カナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	(郵便番号 - )		
電話番号			
主 な 職 歴 等			
(認知症高齢者の介護経験又は保健医療サービス若しくは福祉サービスの経営経験がわかるように記入してください。)			
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		資格取得年月日	
研修の受講状況 ※研修修了書の写しを添付してください			
認知症対応型サービス事業開設者研修		年 月	修了
認知症介護実務者研修 基礎課程又は専門課程		年 月	修了
認知症介護実践者研修 「実践者研修」		年 月	修了
認知症介護実践者研修 「リーダー研修」		年 月	修了
認知症介護指導者研修		年 月	修了
認知症高齢者グループホーム開設予定者研修		年 月	修了
認知症高齢者グループホーム管理者研修		年 月	修了
認知症対応型サービス事業管理者研修(参考)		年 月	修了
その他 ( )		年 月	修了

- (備考) 1 住所、電話番号は、自宅のものを記入してください。  
 2 資格等を証する書類の写しを添付してください。  
 3 研修等の受講の状況等を証する書類の写しを添付してください。





### 介護保険事業等運営実績一覧表

(サービス名： (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 )

(法人名： )

1 法人が現在運営している事業（介護保険事業、医療事業）を記入してください。

事業開始年月日	現在の状況※	事業種別	事業所名	所在地	サービス提供地域
年 月 日	継続・休止・廃止				
年 月 日	継続・休止・廃止				
年 月 日	継続・休止・廃止				
年 月 日	継続・休止・廃止				
年 月 日	継続・休止・廃止				
年 月 日	継続・休止・廃止				
年 月 日	継続・休止・廃止				
年 月 日	継続・休止・廃止				
年 月 日	継続・休止・廃止				

2 法人が現在運営している介護保険事業、医療事業以外の事業を記入してください。

事業開始年月日	現在の状況※	事業種別	事業所名	所在地
年 月 日	継続・休止・廃止			
年 月 日	継続・休止・廃止			
年 月 日	継続・休止・廃止			
年 月 日	継続・休止・廃止			
年 月 日	継続・休止・廃止			

※ 該当するものに○を付けてください

(様式10)

事業開始までのスケジュール

(サービス名： (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 )

(法人名： )

年月	令和5年									令和6年		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
測量												
基本設計												
実施設計												
開発許可申請												
農地法許可申請												
建築確認申請												
施工業者選定												
建設工事												
介護保険法による 指定申請手続												
開設												

※ 項目については例示ですので、必要に応じて項目を追加・修正等すること。



資金計画書

(サービス名： (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 )

(法人名： )

(単位：円)

事業費	区 分	金 額	備 考
	建築工事費		
	設備費		
	用地取得費 (購入の場合)		
	運転資金 (開設から2ヵ月分)		
	その他事務費等		
	合 計		

(単位：円)

資金計画	区 分	内訳 (借入先等)	金 額	備 考	
	自己資金				
	借入金				
	寄付金				
	その他				
合 計					

## 事業収支計画書

(サービス名： (介護予防) 認知症対応型共同生活 )

(法人名： )

項目	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	備考
稼働率	%	%	%	%	%	

## 【収入】

(単位：円)

介護保険収入						
光熱水費						
室料						
食費						
その他の日常生活費						
寄付						
補助金						
その他						
収入計 A						

## 【支出】

(単位：円)

給与費						
福利厚生費						
委託料						
事務経費						
地代等						
支払利子等						
利用者実費負担費用						
その他						
支出計 B						
減価償却前損益 C = A - B						
減価償却費 D						
減価償却後損益 E = C - D						
税金関係 F						法人税・固定資産税等
税引後損益 G = E - F						
借入金元金返済 H						
余剰金 I = C - F - H						
前年度繰越金 J						
翌年度繰越金 K = J + I						

借入金返済計画書

(サービス名： (介護予防) 認知症対応型共同生活 )

(法人名： )

(単位：円)

借入先	金融機関名							合 計		返済財源内訳		
	利率 (%)							元金	利息	(例) 介護報酬からの返済		
返済回数		元金	利息	元金	利息	元金	利息	元金	利息			
1	年度											
2	年度											
3	年度											
4	年度											
5	年度											
6	年度											
7	年度											
8	年度											
9	年度											
10	年度											
11	年度											
12	年度											
13	年度											
14	年度											
15	年度											

※ 返済期間、借入先、返済財源内訳は、必要に応じて追加、修正などすること。