

特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業所の指定申請に係る添付書類一覧

(この書類も提出してください。)

|            |      |
|------------|------|
| 申請する事業所の名称 | ケア都庁 |
|------------|------|

|     | 申 請 書 及 び 添 付 書 類                             | 申請者<br>確認欄 | 備 考 | 参 考 |
|-----|-----------------------------------------------|------------|-----|-----|
| 申請書 | 指定(許可)申請書(別紙様式第一号(一))                         | ○          |     | 共通① |
|     | 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業所の指定に係る記載事項(付表第一号(十四)) | ○          |     | 販売① |
| 1   | 申請者の登記事項証明書又は条例等                              | ○          |     | 共通② |
| 2   | 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)                      | ○          |     | 販売② |
|     | 資格証の写し                                        | ○          |     | 共通③ |
| 3   | 事業所の平面図(参考様式2)                                | ○          |     | 販売③ |
|     | 外観及び内部の様子がわかる写真                               | ○          |     | 共通④ |
| 4   | 運営規程(料金表・カタログ等含む)                             | ○          |     | 販売④ |
| 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3)               | ○          |     | 共通⑤ |
| 6   | 誓約書及び誓約書別紙(参考様式4)                             | ○          |     | 共通⑥ |

|   | チェックリスト              | 申請者<br>確認欄 |  |     |
|---|----------------------|------------|--|-----|
| 1 | 雇用契約、就業規則に関するチェックリスト | ○          |  | 共通③ |

備考1 「申請者確認欄」の該当欄に「○」を付し、添付書類等に漏れがないよう確認してください。

2 添付書類については、次頁以降の説明を参照してください。

|                                                                                                                                                             |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 新規指定前研修は、いつ受講されましたか。<br>(※申請にあたっては、受講済であることが必要です。)                                                                                                          | ＊ ＊ 年 1 月                |
| 社会保険、労働保険及び損害保険の加入手続は済んでいますか。                                                                                                                               | (はい)・ 加入手続中又は<br>今後手続を行う |
| 「とうきょう福祉ナビゲーション」※等を利用して、近隣に同一あるいは類似した名称の事業所がないか確認しましたか。<br><small>https://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/<br/>福ナビホーム＞事業所情報「事業所・法人を探す」＞名称等から探す「事業所名で検索」</small> | (はい)・ いいえ                |

| 担 当 者 連 絡 先                                                      |                                         |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 申請書類に記載された内容等について問い合わせをする際の担当者名と連絡先を記入してください(平日の日中に連絡が取れる番号を記載)。 |                                         |
| 事業所名                                                             | ケア都庁                                    |
| 担当者名                                                             | 都庁 太郎                                   |
| 連絡先                                                              | (電話) 03-××××-××××<br>(FAX) 03-××××-×××× |
| メールアドレス                                                          | xxx@xxx.xx.xx                           |

## 販売 ①

付表第一号(十四) 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業所の指定等に係る記載事項

|                    |                                                                         |                                                         |                       |                                           |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------|
| 事業所                | 法人番号                                                                    |                                                         |                       |                                           |
|                    | フリガナ                                                                    | ケアトチョウ                                                  |                       |                                           |
|                    | 名 称                                                                     | ケア都庁                                                    |                       |                                           |
|                    | 所在地                                                                     | (郵便番号 163 - **** )<br>東京 都 道 新宿 市 区 〇新宿1-1-1<br>府 県 町 村 |                       |                                           |
|                    | 連絡先                                                                     | 電話番号                                                    | 03-5320-△△△△ (内線) □□□ | FAX 番号 03-5388-〇〇〇〇                       |
| 管理者                | フリガナ                                                                    | アズマ ジロウ                                                 |                       | 住所 (郵便番号 170 - **** )<br>東京都 豊島区 〇× 3-3-3 |
|                    | 氏 名                                                                     | 東 次郎                                                    |                       |                                           |
|                    | 生年月日                                                                    | 昭和一年△月□日                                                |                       |                                           |
|                    | 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)                                               |                                                         |                       | 福祉用具専門相談員                                 |
|                    | 他の事業所、施設等の職務との兼務<br>(兼務の場合のみ記入)                                         | 兼務先の名称、所在地                                              |                       | ケア都庁(福祉用具貸与)                              |
|                    |                                                                         | 兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等                                |                       | 管理者兼福祉用具専門相談員 9:00~18:00                  |
| 販売種目               | 腰掛便座、自動排泄処理装置の交換可能部品、排泄予測支援機器、入浴補助用具、簡易浴槽、移動用リフトのつり具の部分、スロープ、歩行器、歩行補助つえ |                                                         |                       |                                           |
| 利用者の推定数            | 20 人                                                                    |                                                         |                       |                                           |
| ○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          | 専門相談員                                                                   |                                                         |                       | 従業者欄は、勤務表と一致します。                          |
|                    | 専 従                                                                     |                                                         | 兼 務                   |                                           |
|                    | 常 勤(人)                                                                  | 1                                                       | 1                     |                                           |
|                    | 非常勤(人)                                                                  | 1                                                       | 0                     |                                           |
| 常勤換算後の人数(人)        |                                                                         | 2.2                                                     |                       |                                           |
| 添付書類               | 別添のとおり                                                                  |                                                         |                       |                                           |

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。  
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。  
 3 販売種目は、「腰掛便座」、「自動排泄処理装置の交換可能部品」、「排泄予測支援機器」、「入浴補助用具」、「簡易浴槽」、「移動用リフトのつり具の部分」、「スロープ」、「歩行器」、「歩行補助つえ」のうちから記入してください。

## ○ 付表第一号(十四)

|                  |     |                                                                                                                                                                                              |
|------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 注<br>意<br>事<br>項 | (1) | 事業所の名称、フリガナはスペースの有無まで統一されていますか<br><br>※法人番号は、国税庁から指定される13桁の番号です。法人番号が不明の場合は、「国税庁法人番号公表サイト」( <a href="https://www.houjin-bangou.nta.go.jp">https://www.houjin-bangou.nta.go.jp</a> )でご確認ください。 |
|                  |     | 管理者欄について、次の①及び②のことが確認できますか                                                                                                                                                                   |
|                  | ①   | 当該特定福祉用具販売事業所の他の職種を兼務する場合、兼務する職種の記載がある。                                                                                                                                                      |
|                  | (2) | 同一事業者によって設置された他の事業所・施設等で兼務する場合は、当該事業所・施設の名称と所在地、そこで兼務する職種・勤務時間について記載してください。                                                                                                                  |
|                  | ②   | なお、管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合や、併設される入所施設において入所者に対しサービス提供を行う看護・介護職員と兼務する場合、事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに当該指定事業所又は利用者へのサービス提供の現場に駆け付けることができない体制となっている場合などは、管理業務に支障があると考えられます。                       |
|                  | (3) | 従業者欄について、福祉用具専門相談員の常勤・非常勤、専従・兼務の別及び常勤換算後の人数が2以上であり、「勤務形態一覧表」と一致していますか                                                                                                                        |

## ◎「勤務表の記入方法」を必ず確認した上で作成すること

※新規指定時は、4週での提出でよいが、毎月の実績は5週（暦月）で作成すること

(3) 事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数

| 40  | 時間/週 | 160 | 時間/月 |
|-----|------|-----|------|
| (1) | 4週   |     | 日    |
| (2) | 予定   |     |      |

[illegible]

(12)【任意入力】人員基準の確認（福祉用具専門相談員）

| 勤務形態 | 勤務時間合計 |     | 常勤職員の労働時間平均 |     | 常勤職員の労働時間平均 |     |
|------|--------|-----|-------------|-----|-------------|-----|
|      | 当月合計   | 週平均 | 当月合計        | 週平均 | 当月合計        | 週平均 |
| A    | 160    | 40  | 0           | 0   | 0           | 0   |
| B    | 80     | 20  | 0           | 0   | 0           | 0   |
| C    | 120    | 30  | 120         | 30  | 120         | 30  |
| D    | 0      | 0   | 0           | 0   | 0           | 0   |
| 合計   | 360    | 90  | 200         | 50  | 200         | 50  |

(勤務形態の記号)

| 記号 | 区分     |
|----|--------|
| A  | 常勤で専従  |
| B  | 常勤で兼務  |
| C  | 非常勤で専従 |
| D  | 非常勤で兼務 |

■ 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)  ÷  =

常勤の従業員が  
 当月に勤務すべき時間数

常勤換算後の人数

(小数点第2位以下切り捨て)

■ 福祉用具専門相談員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

|   |   |     |   |      |
|---|---|-----|---|------|
| 1 | + | 1.2 | = | 合計   |
|   |   |     |   | 2.2人 |

『祝日を含む』場合の勤務表では『週』と『暦月』で算出する端数に違いが出るため、『暦月』を選択する。

【重要事項】勤務延時間数の計算について

- ・従業員1人につき、勤務延長時間に算入できる時間数は、当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数を上限とする。  
(例えば、常勤が勤務すべき時間数が4週で160時間の事業所において、法人役員等であった4週で172時間勤務する従業員であっても、160時間で計算すること)
- ・管理者と福祉用具専門相談員を兼務するような場合には、当該従業員が1日に勤務すべき時間数を、管理業務を行う時間と福祉用具専門相談員業務を行う時間とに按分し、記入すること。
- 常勤・非常勤の区分について**
- （例えば、当該事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数に達していることをいう。雇用の形態は考慮しない。）  
（例えば、常勤者は4週で160時間勤務することとされた事業所であれば、パート雇用であっても、4週160時間勤務する従業員は常勤扱いとなる）

| 職種名       | 資格及び配置要件               |
|-----------|------------------------|
| 管理者       | 資格要件なし                 |
|           | 常勤専従<br>管理上支障がない場合は兼務可 |
|           | 資格については、下記のとおり         |
| 福祉用具専門相談員 | 常勤換算2.0人以上             |

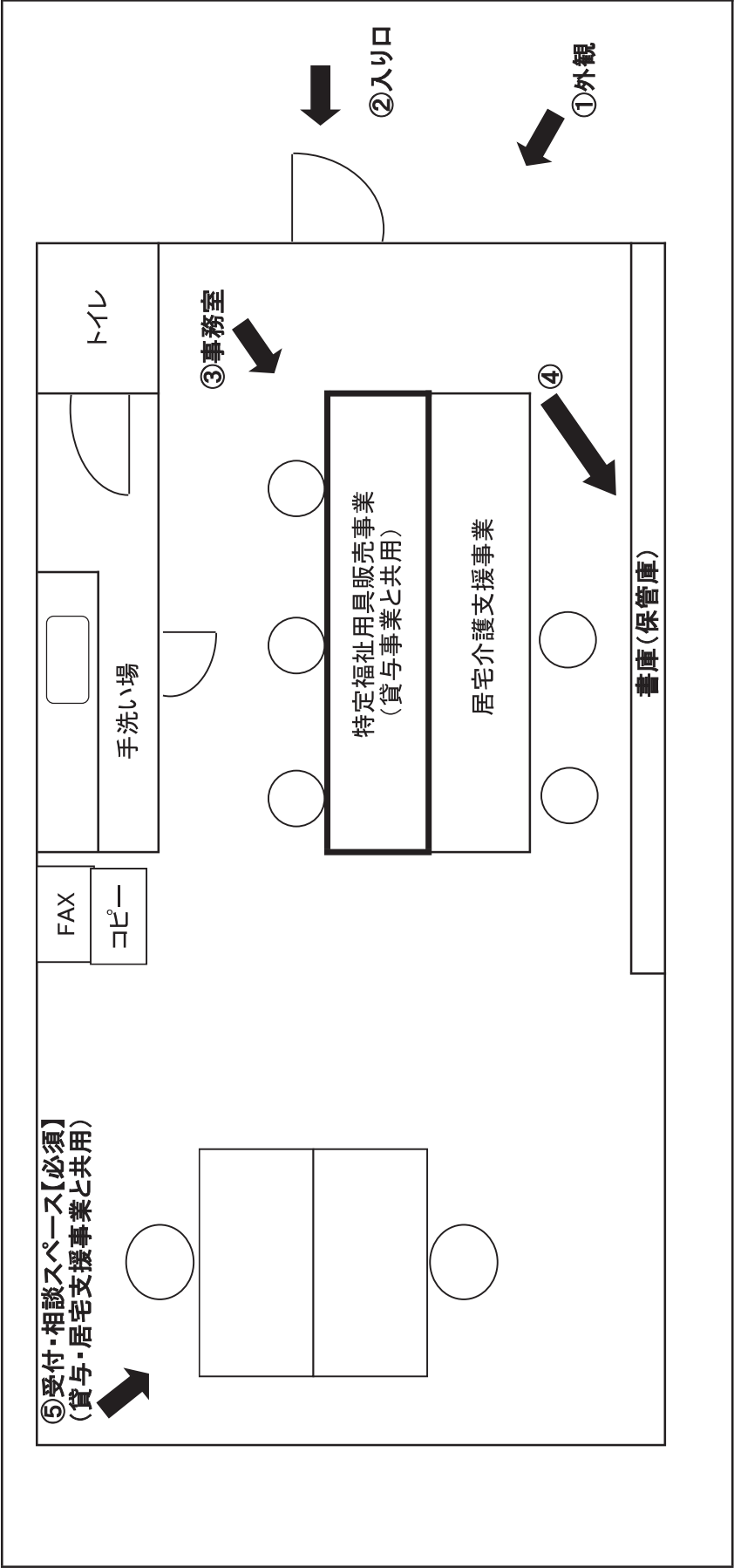
【福祉用具専門相談員】

- ☐ 福祉用具専門相談員指定講習会修了者
 ☐ 介護福祉士
 ☐ 義肢装具士
 ☐ 保健師
- ☐ 看護師
 ☐ 准看護師
 ☐ 理学療法士
- ☐ 作業療法士
 ☐ 社会福祉士

| 作成上の注意事項  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者及び従業員全員について、指定月の毎日の勤務時間数（4週間分）を記載してください。</li> <li>・資格証の写しを、勤務形態一覧表で氏名を記載した順に添付してください。（資格証については共通③参照）</li> </ul>                                                                                                                                                                    |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 人員配置について  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 管理者       | <p>管理者は、原則として常勤かつ専従が要件です。ただし、管理業務に支障がない場合には、ア又はイにより兼務が可能です</p> <p>ア：当該福祉用具販売事業所における他の職種の兼務<br/>イ：同一事業者によって設置された他の事業所・施設等における兼務</p> <p>なお、ア又はイの場合であっても、管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合や、併設される入所施設において入所者に対しサービス提供を行う看護・介護職員と兼務する場合、事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに当該指定事業所又は利用者へのサービス提供の現場に駆け付けることができない体制となっている場合などは、管理業務に支障があると考えられます。</p> |
|           | 常勤換算方法で2.0人以上の福祉用具専門相談員がいること                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 福祉用具専門相談員 | <p>※福祉用具専門相談員と管理者を兼務する場合、管理業務に従事する時間については常勤換算に含むことはできません。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                                                                                                                 |                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>【常勤換算方法とは】<br/>当該事業所の従業員の勤務延時間数を、当該事業所の就業規則等において定める常勤の従業員が勤務すべき時間数（週32時間）を下回る時間数を定められている場合は、週32時間を基本とする。）で除することにより、当該事業所の従業員の員数を常勤の従業員の員数に換算する方法をいうものです。</p> | <p>【勤務延時間数に算入することができる時間数】<br/>従業員1人につき、当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき勤務時間数が上限となります。労働基準法の適用を受けない職員（役員等）も同様です。</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|           |         |
|-----------|---------|
| 事業所・施設の名称 | ケ ア 都 庁 |
|-----------|---------|



- 備考1 各室の用途を記載してください。
- 2 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。
- 3 平面図にはそれぞれの写真について、どの写真をどの方向から撮影したのかがかかるよう、番号と矢印を記載してください。

事業所の平面図(参考様式2)

| (1) 全般的な注意事項             |                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①                        | 利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペースを確保してください。                                                                                                                                                                                             |
| ②                        | 外部と連絡を行うための「電話」を設けて下さい。携帯電話も可能ですが、営業日・営業時間を通じて、連絡可能な体制としてください。<br>(なお、「FAX」の設置は任意です。)                                                                                                                                           |
| ③                        | 個人情報の安全管理のために必要かつ適切な措置を講じてください(例：個人情報を含む書類を保管するための鍵付き書庫や保管庫の設置、データを保管するパソコンのセキュリティ対策等)。                                                                                                                                         |
| (2) 他の事業の事業所と併設する場合の注意事項 |                                                                                                                                                                                                                                 |
| ①                        | 介護事業所は、業務上知り得た利用者又はその家族に関する秘密の保持が義務付けられています。<br>とりわけ、介護事業以外の他の事業の従事者や利用者に秘密が漏れないようにすることが必要であり、他の事業の従事者等に介護サービスの利用者等に関する秘密が含まれた会話・通話の内容が丸聞こえになったり、個人情報が含まれた書類などが目に入ることのないよう、必要に応じて、間仕切りの設置や介護事業所専用の部屋を設ける等、秘密保持が可能な区画・区分としてください。 |
| ②                        | 介護事業所は、運営に支障がない場合は、他の事業所、施設等に備えつけられた設備及び備品等を使用することができます。<br>ただし、この場合、設備及び備品等の定期的な清掃・消毒等の感染症予防対策や、他の事業所・施設等との共用の状況の確認を行い、双方の事業の運営に支障が生じないよう、適切な管理を行ってください。                                                                       |
| ③                        | 設備・備品等のうち、「電話」は、秘密保持のため、介護事業以外の他の事業の事業所、施設等との共用は行わないでください。                                                                                                                                                                      |
| ④                        | 同一敷地内に、複数の事業所が併設されている場合、施設全体がわかる図面が添付し、申請の事業所の位置をその中で示してください。                                                                                                                                                                   |
| (3) 自宅と併設する場合の注意事項       |                                                                                                                                                                                                                                 |
| ①                        | 上記(2)①のとおり、介護事業所は利用者等の秘密の保持が義務付けられており、自宅併設の場合も、秘密保持への配慮が必要です。<br>とりわけ、同居家族等に秘密が漏れないようにすることが必要であり、(2)①と同様に、会話・通話の内容が丸聞こえになったり、個人情報が含まれた書類などが目に入ることのないよう、必要に応じて、間仕切りの設置や介護事業所専用の部屋を設ける等、秘密保持が可能な区画・区分としてください。                     |
| ②                        | 自宅併設の場合も、設備及び備品等の定期的な清掃・消毒等の感染症予防対策を行い、介護事業所としての運営に支障が生じないよう、適切な管理を行ってください。                                                                                                                                                     |
| 販売③                      |                                                                                                                                                                                                                                 |

## 販売④

### 特定（介護予防）福祉用具販売 ケア都庁 運営規程（例）

#### （事業の目的）

第1条 \*\*法人△△が開設するケア都庁（以下「事業所」という。）が行う指定特定（介護予防）福祉用具販売の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護福祉士、義肢装具士、看護師、准看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士又は都道府県知事が指定した福祉用具専門相談員講習会修了者（以下「専門相談員」という。）が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定特定（介護予防）福祉用具販売を提供することを目的とする。

#### （運営の方針）

第2条 事業所の専門相談員は、その利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、要介護者等の心身の状況、希望及びその置かれている環境等を踏まえ、適切な福祉用具の選定の援助、取付け、調整等を行い、日常生活上の便宜を図り、その機能訓練等に資するとともに、利用者を介護する者の負担軽減を図る

2 事業の実施にあたっては、関係区市町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

#### （事業所の名称等）

第3条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

- 一 名 称 ケア都庁
- 二 所在地 東京都新宿区〇新宿 1－1－1

#### （職員の職種、員数及び職務内容）

第4条 事業所に勤務する職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

- 一 管理者 1名  
管理者は、事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う。
- 二 専門相談員 常勤換算 2.0名以上  
専門相談員は、適切な福祉用具の選定の援助、取付け、調整及び特定福祉用具販売計画の作成等を行う。
- 三 事務職員 〇名以上  
必要な事務を行う。

#### （営業日及び営業時間）

第5条 事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。

- 一 営業日 月曜日から金曜日  
ただし、祝日及び12月29日から1月3日までを除く。
- 二 営業時間 午前9時から午後6時までとする。
- 三 電話等により、24時間常時連絡が可能な体制とする。

### (福祉用具販売の提供方法、内容及び販売費用の額等)

第6条 特定（介護予防）福祉用具販売の提供方法及び内容は次のとおりとし、特定（介護予防）福祉用具販売を提供した場合の販売費用の額は、別紙料金表によるものとする。

2 専門相談員は特定（介護予防）福祉用具の販売にあたっては、利用者の身体の状態、利用者の希望、その置かれている環境を踏まえ、指定特定福祉用具販売の目標、当該目標を達成するための具体的な指定特定福祉用具販売の内容等を記載した特定福祉用具販売計画を作成する。

3 特定（介護予防）福祉用具販売にあたっては、特定福祉用具販売計画に基づいた適正な特定福祉用具を選定し、専門的知識に基づき福祉用具の機能、使用方法、販売費用の額等に関する情報を提供するとともに、販売する特定福祉用具の機能、安全性、衛生状態等に関し点検を行う。また、利用者の心身の状態に応じて福祉用具の調整等を行う。

4 次条の通常の事業の実施地域を越えて行う特定（介護予防）福祉用具販売に要した交通費及び特別な搬入に要した経費は、その実額を徴収する。

(1) 通常の事業の実施地域を越えて1 kmにつき ○○○円

(2) 特別な搬入による場合 実 費

5 前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者またはその家族に対して事前に文書で説明をした上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名捺印）を受けることとする。

### (通常の事業の実施地域)

第7条 通常の事業の実施地域は新宿区、中野区、渋谷区の区域とする。（区内一部の場合は、町名を記載）

### (相談・苦情対応)

第8条 当事業所は、利用者からの相談、苦情等に対する窓口を設置し、販売した特定（介護予防）指定福祉用具に係る利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応する。

2 当該事業所は、前項の苦情の内容等について記録し、当該利用者の契約終了の日から2年間保存する。

### (事故処理)

第9条 当事業所は、利用者に事故が発生した場合には、速やかに区市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。

2 当事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、当該利用者の契約終了の日から2年間保存する。

3 当事業所は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行う。

### (虐待の防止のための措置に関する事項)

第10条 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じる。

一 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に十分に周知する。

二 虐待の防止のための指針を整備する。

三 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。

四 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

2 前項第一号に規定する委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。

**(その他運営についての留意事項)**

第11条 特定（介護予防）指定福祉用具販売事業所は、専門相談員の資質向上を図るため、研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務体制を整備する。

一 採用時研修 採用後○カ月以内

二 継続研修 年○回

2 従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。

3 従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。

4 この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は\*\*法人△△と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

**附 則**

この規程は、 年 月 日から施行する。 ※指定予定年月日又は改正年月日を記載

☆ この規程の例は、あくまで現時点で想定されるイメージであり、記載の仕方やその内容は、基準を満たす限り、任意のもので構わないものである。

※ 通常の事業の実施地域については、以下のとおりとする。

- ・利用申込みに係る調整の観点から定めるもの※であること（※「提供拒否の禁止」）
- ・客観的にその区域が特定できるものでなければならないこと

ア：事業所所在地がある地域が通常の事業の実施地域となっていること

イ：通常の事業の実施地域は地続きによるものとし、飛び地による設定はできないこと

ウ：通常の事業の実施地域の表記については、「半径○km以内」など曖昧な表記は不可

エ：一部地域とする場合は、「○○町一丁目」等の表記により詳細を示すこと

オ：通常の事業の実施地域を「東京都全域」とした場合、島しょ地域も含まれることに留意