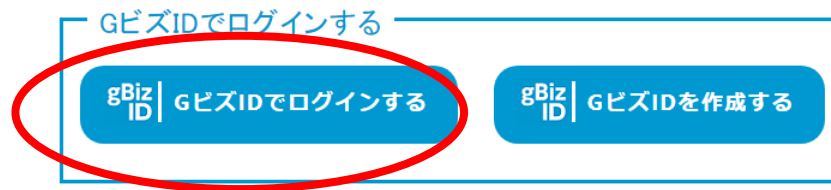


介護予防支援新規申請 電子申請届出システム入力方法

(R6.4.1指定、R6.5.1指定分)

神戸市福祉局監査指導部
介護指定担当

- ①電子申請届出システムにログインする。
(<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/shinsei/>)



※本格運用を開始していない自治体もありますので、事前に申請先自治体に確認をお願いいたします。

② 「1.新規指定申請」をクリック 電子申請届出システム

[▶ お問合せ先](#) [▶ ヘルプ](#) [▶ ユーザ情報](#) [▶ ご利用条件](#) [▶ ログアウト](#)

メニュー

申請届出メニュー

【状況確認および入力再開メニュー】

1. [申請届出状況確認](#)
申請・届出の状況確認、差戻しとなった申請・届出の再申請・届出等を行う機能

【申請届出メニュー】

1. [新規指定申請](#)
新規指定申請を行う機能
2. [変更届出](#)
 1. [介護保険事業の変更届出](#)
介護保険事業所ごとに変更届出を行う機能
 2. 法人情報に係る一括変更届出
複数事業所を運営する法人における法人情報の一括変更届出を行う機能
3. [更新申請](#)
更新申請を行う機能
4. その他
 1. [再開届出](#)
 2. [廃止・休止届出](#)
 3. [指定辞退届出](#)
 4. [指定を不要とする旨の届出](#) ※
 5. [介護老人保健施設・介護医療院 開設許可事項変更申請](#) ※
 6. [介護老人保健施設・介護医療院 管理者承認申請](#) ※
 7. [介護老人保健施設・介護医療院 広告事項許可申請](#) ※
 8. [介護予防支援委託の届出](#) ※
※ 4から7は 居宅施設サービスのみ、8は 地域密着型サービスのみ
5. [加算に関する届出](#)
加算に関する届出を行う機能
6. [他法制度に基づく申請届出](#)
介護保険法以外の法制度に基づく申請届出を行う機能

③サービス分類選択：「**地域密着型**」、
都道府県：「**兵庫県**」、申請先「**神戸市**」を選択し、「**次へ**」をクリック

電子申請届出システム

[お問い合わせ先](#) [ヘルプ](#) [ユーザ情報](#) [ご利用条件](#) [ログアウト](#)

[メニュー](#) > 新規指定申請

申請先選択 > 様式入力 > 付表入力 > 添付書類アップロード > 確認

新規指定申請 申請先選択

申請先窓口となる指定権者区分と都道府県または市区町村を選択して「次へ」を押してください。

【状況確認および入力再開メニュー】

1. サービス分類選択

居宅施設 **地域密着型** 基準該当 総合事業

2. 都道府県選択

都道府県 **兵庫県**

3. 申請先選択

申請先 **神戸市**

※指定権者区分が「政令市・中核市」、「その他の市区町村」となる場合には、指定権者選択においては、該当の市区町村まで必ず選択してください。

※選択した指定権者区分に応じて、様式入力画面で選択できる申請サービスの種類が変更となるため、ご承知おきください。

※本格運用を開始していない自治体もありますので、事前に申請先自治体に確認をお願いいたします。

一時保存

次へ

メニューへ

[このページのトップへ](#)

④第1号様式の入力

●注意事項を確認し、チェックをつけてください。**※監査指導部への事前連絡は不要です。スケジュールも通常とは異なりますが、チェックをつけて入力を進めてください。**

電子申請届出システム

[お問合せ先](#) [ヘルプ](#) [ユーザ情報](#) [ご利用条件](#) [ログアウト](#)

[メニュー](#) > 新規指定申請

申請先選択 > **様式入力** > 付表入力 > 添付書類アップロード > 確認

新規指定申請 地域密着型 第1号様式

【共通事項】

・必ず指定希望日の2ヶ月前までに、電話連絡をお願いします。福祉局監査指導部指定担当:078-322-6771

・新規指定スケジュールおよび必要書類一覧は神戸市HPでご確認ください。

<https://www.city.kobe.lg.jp/a20315/business/annaitsuchi/kaigosevice/kitaikoushi/kaigosevice/kitaikoushi/index.html>

神戸市(監査指導部)へ事前電話連絡が済んでいる。上記を確認した。

記載要領

1. 申請者と様式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。

事業所名称・所在地等を自動入力する

● 「申請者」欄に法人の情報を入力してください

「申請者情報を以下にコピーする」をクリックすると、次のフォームに入力内容がコピーされます。

「※」は必須項目です。

申請者			
フリガナ※	<input type="text"/>		
名称※	<input type="text" value="神戸市"/>		
主たる事務所の所在地※	郵便番号:	<input type="text"/>	<input type="button" value="住所自動入力"/>
	都道府県	市区郡町村	町域
	(選択して下さい) ▼	(選択して下さい) ▼	<input type="text"/>
	番地以下:	<input type="text"/>	
建物名等:	<input type="text"/>		
連絡先※	電話番号	<input type="text"/> (内線) <input type="text"/>	FAX番号 <input type="text"/>
	Email	<input type="text"/>	
法人等の種類※	選択して下さい ▼		
代表者の職名※	<input type="text"/>		
代表者のフリガナ※	セイ: <input type="text"/>	メイ: <input type="text"/>	
代表者の氏名※	姓: <input type="text"/>	名: <input type="text"/>	
代表者の生年月日※	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
代表者の住所※	郵便番号:	<input type="text"/>	<input type="button" value="住所自動入力"/>
	都道府県	市区郡町村	町域
	(選択して下さい) ▼	(選択して下さい) ▼	<input type="text"/>
	番地以下:	<input type="text"/>	
建物名等:	<input type="text"/>		

申請者情報を以下にコピーする

● 「申請内容」の「様式申請者」欄に法人の情報を入力してください

「申請者情報を以下にコピーする」をクリックした場合は、先ほど記入した情報がコピーされているので誤りがないか確認し、入力を進めてください。

● 申請内容

「※」は必須項目です。

様式申請者	
フリガナ※	<input type="text"/>
名称※	<input type="text"/>
主たる事務所の所在地※	郵便番号: <input type="text"/> <input type="button" value="住所自動入力"/>
	都道府県 <input type="text"/> (選択して下さい) ▼ 市区郡町村 <input type="text"/> (選択して下さい) ▼ 町域 <input type="text"/>
	番地以下: <input type="text"/>
	建物名等: <input type="text"/>
連絡先※	電話番号 <input type="text"/> (内線) <input type="text"/> FAX番号 <input type="text"/>
	Email <input type="text"/>
法人等の種類※	<input type="text"/> (選択して下さい) ▼
代表者の職名※	<input type="text"/>
代表者のフリガナ※	セイ: <input type="text"/> メイ: <input type="text"/>
代表者の氏名※	姓: <input type="text"/> 名: <input type="text"/>
代表者の生年月日※	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
代表者の住所※	郵便番号: <input type="text"/> <input type="button" value="住所自動入力"/>
	都道府県 <input type="text"/> (選択して下さい) ▼ 市区郡町村 <input type="text"/> (選択して下さい) ▼ 町域 <input type="text"/>
	番地以下: <input type="text"/>
	建物名等: <input type="text"/>

法人の吸収合併又は吸収分割における指定(許可)申請

法人の吸収合併又は吸収分割における指定(許可)申請時に選択

- 「指定を受けようとする事業所の種類」は、
指定申請対象事業：「介護予防支援」、既に指定を受けている事業「居宅介護支援事業」にチェックをつけ、介護予防支援の行に指定申請をする事業の開始予定年月日を記入してください。
- 居宅介護支援事業所の介護保険事業所番号を入力して、次へ進んでください。

指定を受けようとする事業所の種類					
同一所在地において行う事業等の種類		指定申請対象事業 (該当事業を選択してください)	既に指定を受けている事業 (該当事業を選択してください)	指定申請をする事業の開始予定年月日	様式
地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	付表1
	認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	付表2
	小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	付表3
	認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	付表4
	地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	付表5
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	付表6
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	付表7
	複合型サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	付表8
	地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	付表9
居宅介護支援事業	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	付表10	
介護予防支援事業	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	付表11	
地域密着型介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	付表2
	介護予防小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	付表3
	介護予防認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	付表4
介護保険事業所番号	<input type="text" value="2800000000"/> (既に指定又は許可を受けている場合)				
医療機関コード等	<input type="text"/> (保険医療機関として指定を受けている場合)				

一時保存

次へ

戻る

⑤付表の入力

- 「編集」をクリックしてください。

電子申請届出システム

[お問合せ先](#) [ヘルプ](#) [ユーザ情報](#) [ご利用条件](#) [ログアウト](#)

[メニュー](#) > 新規指定申請

申請先選択 > 様式入力 > **付表入力** > 添付書類アップロード > 確認

新規指定申請 地域密着型 付表入力トップ

申請には、以下の付表の提出が必要となります。各付表に情報を入力してください。
すべての申請しようとしている事業が、「入力済」になると「次へ」ボタンをクリックできます。

申請しようとしている事業	提出が必要な付表	入力状況	
介護予防支援事業	付表11 介護予防支援事業所	未入力	編集

一時保存

次へ

戻る

[このページのトップへ](#)

●事業所の情報を入力して下さい。

電子申請届出システム

[▶ お問い合わせ先](#) [▶ ヘルプ](#) [▶ ユーザ情報](#) [▶ ご利用条件](#) [▶ ログアウト](#)

[メニュー](#) > 新規指定申請

申請先選択 > 様式入力 > 付表入力 > 添付書類アップロード > 確認

新規指定申請 地域密着型 付表11 介護予防支援事業

記載要領

1. 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。

事業所名称・所在地等を自動入力する

付表情報を入力して下さい。

「※」は必須項目です。

事業所	
フリガナ※	<input type="text"/>
名称※	<input type="text"/>
所在地※	郵便番号: <input type="text"/> <input type="button" value="住所自動入力"/>
	都道府県 <input type="text"/> (選択して下さい) ▼ 市区郡町村 <input type="text"/> (選択して下さい) ▼ 町域 <input type="text"/>
	番地以下: <input type="text"/>
	建物名等: <input type="text"/>
連絡先※	電話番号 <input type="text"/> (内線) <input type="text"/> FAX番号 <input type="text"/>
	Email <input type="text"/>

管理者

- 「管理者」「人員に関する基準の確認に必要な事項」欄にすべて記入したら、「入力完了」をクリックしてください。

管理者		
フリガナ※	セイ: <input type="text"/>	メイ: <input type="text"/>
氏名※	姓: <input type="text"/>	名: <input type="text"/>
生年月日※	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
住所※	郵便番号: <input type="text"/> <input type="button" value="住所自動入力"/>	
	都道府県 (選択して下さい) ▼	市区郡町村 (選択して下さい) ▼
	町域 <input type="text"/>	
	番地以下: <input type="text"/>	
建物名等: <input type="text"/>		
当該介護予防支援事業所における 他の職務との兼務の有無※	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
地域包括支援センターの従業者との兼務 (兼務の場合記入)	名称	<input type="text"/>
	兼務する職種	<input type="text"/>
	勤務時間等	<input type="text"/>
○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	担当職員	
	専従	兼務
	常勤(人)	<input type="text"/>
非常勤(人)	<input type="text"/>	
事業開始時の利用者の推定数※	<input type="text"/> 人	

入力完了

一時保存

戻る

●入力状況が「入力済」になっていれば、「次へ」をクリックしてください。

電子申請届出システム

[お問合せ先](#) [ヘルプ](#) [ユーザ情報](#) [ご利用条件](#) [ログアウト](#)

[メニュー](#) > 新規指定申請

申請先選択 > 様式入力 > **付表入力** > 添付書類アップロード > 確認

新規指定申請 地域密着型 付表入力トップ

申請には、以下の付表の提出が必要となります。各付表に情報を入力してください。
すべての申請しようとしている事業が、「入力済」になると「次へ」ボタンがクリックできます。

申請しようとしている事業	提出が必要な付表	入力状況	
介護予防支援事業	付表11 介護予防支援事業所	入力済	編集

一時保存

次へ

戻る

[このページのトップへ](#)

⑥添付書類アップロード 「他法制度に基づく書類アップロード」欄に以下の書類を添付してください。

- ・従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表（参考様式1）
- ・管理者の主任介護支援専門員研修修了証
- ・誓約書（標準様式6）

→添付できたら「次へ」をクリックしてください。

電子申請届出システム

[お問合せ先](#) [ヘルプ](#) [ユーザ情報](#) [ご利用条件](#) [ログアウト](#)

[メニュー](#) > 新規指定申請

申請先選択 > 様式入力 > 付表入力 > **添付書類アップロード** > 確認

新規指定申請 地域密着型 添付書類アップロード

この欄には何も添付しないでください。

● 加算に関する届出書類アップロード

加算に関する届出関連書類は、以下にアップロードしてください。

	書類名称	アップロードファイル	アップロード日時	コメント	削除
記入例	特定事業加算（Ⅰ）～（Ⅳ）に係る届出書（訪問介護事業所）	特定事業加算（Ⅰ）～（Ⅳ）に係る届出書（訪問介護事業所）.pdf		特定事業所加算（Ⅰ）の届出書を提出いたします。	
1	<input type="text"/>	<input type="button" value="ファイルの選択"/> ファイルが選択されていません		<input type="text"/>	<input type="button" value="行削除"/>
2	<input type="text"/>	<input type="button" value="ファイルの選択"/> ファイルが選択されていません		<input type="text"/>	<input type="button" value="行削除"/>

こちらに添付してください

● 他法制度に基づく届出書類アップロード

介護保険法以外の法制度に基づく届出書類は、以下にアップロードしてください。

	書類名称	アップロードファイル	アップロード日時	コメント	削除
記入例	老人居宅生活支援事業開始届	老人居宅生活支援事業開始届.pdf		老人居宅生活支援事業を開始したく、添付の開始届を提出いたします。	
1	<input type="text"/>	<input type="button" value="ファイルの選択"/> ファイルが選択されていません		<input type="text"/>	<input type="button" value="行削除"/>
2	<input type="text"/>	<input type="button" value="ファイルの選択"/> ファイルが選択されていません		<input type="text"/>	<input type="button" value="行削除"/>

「行追加」をクリックすると行が増やせます。

⑦申請内容確認

内容を確認し、問題なければチェックをいれ、「申請」ボタンを押してください。

電子申請届出システム

[お問い合わせ](#) [ヘルプ](#) [ユーザ情報](#) [ご利用条件](#) [ログアウト](#)

[メニュー](#) > 新規指定申請

申請先選択 > 様式入力 > 付表入力 > 添付書類アップロード > **確認**

新規指定申請 地域密着型 申請情報確認

申請内容を確認して申請ボタンを押してください。

- 申請者

申請者

(確認画面省略)

(兼務の場合記入)	勤務時間等	
-----------	-------	--

○ 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	担当職員		
	専従	兼務	
常勤(人)	1	0	
非常勤(人)	0	0	
事業開始時の利用者の推定数	1 人		

- 備考

上記内容でお間違いなければチェックを入れてください。

申請 戻る

[このページのトップへ](#)

Copyright © Ministry of Health, Labour and Welfare. All Right reserved.

→申請完了です。

※手数料の納付（14000円）も忘れずに行ってください。

- ・神戸市スマート申請システム（e-KOBE）によるキャッシュレス決済

（参考）e-KOBE「【介護】新規指定申請手数料のキャッシュレス決済フォーム」

<https://lgpos.task-asp.net/cu/281000/ea/residents/procedures/apply/28869d64-87e5-4037-ae67-56d971603633/start>

または

- ・神戸市収入証紙を収入証紙貼り付け書に貼って、郵送で提出