

必要書類一覧及び留意事項

① 申請書類チェックリスト

※ 必要書類チェック表から必要書類を確認し、チェックリストにより、書類が整っているか等自己点検をしてください。

② 申請書類作成にあたっての留意事項

※ 申請書類作成にあたって、ご質問の多い点を掲載しています。ご参照ください。

③ 同一住所で2サービス以上の事業を行う場合

※ 複数サービスを行う場合の留意事項を掲載しています。参照ください。

④ 通所系事業所における面積の算定を行う際の端数処理の方法について

◆ 申請前に、横須賀市の条例で定める指定基準を必ずご確認ください。

【条例の掲載場所】

横須賀市ホームページ

<https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/index.html>

→健康・福祉・教育

→年金・保険

→高齢者福祉・介護保険

→介護保険サービス事業者

→条例・規則・解釈

◆ その他、運営の手引きや「介護保険六法」などの一般書籍、関連法令等もご確認ください。

① 通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）

申請書類チェックリスト

■ 提出書類		
チェック箇所	チェック項目	
<input type="checkbox"/>	通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）指定申請に係る必要書類チェック表	
<input type="checkbox"/>	介護保険サービス事業者等指定（許可）申請書	
申請欄	<input type="checkbox"/>	【病院又は診療所内で行う場合】申請者の住所、氏名が保険医療機関の指定通知書の「申請者」と一致している。
	<input type="checkbox"/>	【介護老人保健施設内で行う場合】申請者の住所、氏名が介護老人保健施設を設置している法人の所在地、法人名、法人代表者氏名と一致している。

申請者	<input type="checkbox"/> 【病院又は診療所内で行う場合】名称、主たる事務所の所在地が保険医療機関の指定通知書の記載と一致している。 <input type="checkbox"/> 【介護老人保健施設内で行う場合】名称、主たる事務所の所在地が介護老人保健施設本体の設置者と一致している。 <input type="checkbox"/> 法人の電話番号、FAX番号を記載している。 <input type="checkbox"/> 法人の種類、法人の所轄庁を記載している。(個人開設の場合は、空欄で可)	※謄本等に記載されている住所では郵便物が届かない場合は、ビル名や部屋番号などを記載してください。 ※電話番号等の記載間違いに注意してください。
事業所又は施設	<input type="checkbox"/> 【病院又は診療所内で行う場合】所在地は、保険医療機関の指定通知書の住所と一致している。 <input type="checkbox"/> 【介護老人保健施設内で行う場合】所在地は、介護老人保健施設本体と一致している。 <input type="checkbox"/> 電話番号、FAX番号を記載している。	※電話番号等の記載間違いに注意してください。
同一所在地内において行う事業又は施設の種類の種類	<input type="checkbox"/> 申請するサービスの実施事業欄に「◎」が記載されている。 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービスを行う場合、実施事業欄に「◎」を記載している。 <input type="checkbox"/> 既に同一所在地で同一事業所名の指定を受けている事業がある場合には実施事業欄に「○」と記載し、指定(許可)年月日欄に指定を受けた日付を記載している。また、介護保険事業所番号欄に既に指定を受けている事業所の事業所番号を記載している。	
その他	【病院又は診療所内で行う場合】 <input type="checkbox"/> 医療機関コード等欄に保険医療機関コードを記載している。	
<input type="checkbox"/> 【病院又は診療所内で行う場合】通所リハビリテーション事業者(介護予防通所リハビリテーション事業者)の記載事項又は【介護老人保健施設内で行う場合】通所リハビリテーション事業者(介護予防通所リハビリテーション事業者)の記載事項		
事業所	<input type="checkbox"/> 申請書に記載した事業所名称と一致している。	
管理者	<input type="checkbox"/> 病院等の院長が通所リハビリテーション事業所の管理者を兼務する場合であって、実質的な管理を別の職員に委ねる場合は『管理者代行者』を選任し、記載している。 ※管理者は通所リハビリテーション事業所の従業者に基準の内容を遵守させるため、必要な指揮命令を行うものとされています。 <input type="checkbox"/> 【病院又は診療所内で行う場合】事業所の種別を選んでいる。 <input type="checkbox"/> 【介護老人保健施設内で行う場合】開設許可書を確認し、施設開設年月日を記載している。	※人員基準を確認してください。
医師数	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表、運営規程の員数と一致している。	
単位①	(単位当たりの従業者) <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表、運営規程の員数と一致している。 (定員) <input type="checkbox"/> 利用定員は運営規程と一致している。 (専用の部屋等の面積) <input type="checkbox"/> 平面図より算出した面積を記載している。 (営業日) <input type="checkbox"/> 正月休みや夏季休業等がある場合、備考欄に記載している。 (営業時間)	※複数単位を設定する場合は、付表(別紙)に単位毎に記載してください。

	<input type="checkbox"/> 営業時間は事業所が開いている時間を記載している。 <input type="checkbox"/> サービス提供時間○：○○～○：○○を記載している。	
主な掲示事項	<p>(利用料)</p> <input type="checkbox"/> 法定代理受領分と法定代理受領分以外の欄に「介護報酬告示上の額」と記載している。 <input type="checkbox"/> その他の費用がある場合、「運営規程のとおり」と記載している。 <u>ない</u> 場合は「なし」と記載している。 <p>(通常の事業の実施地域)</p> <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域は運営規程と一致している。 <input type="checkbox"/> 通常の実施地域が、「横須賀市の一部」や「横浜市金沢区の一部」等の場合、備考欄に「一部地域については事業所にお問い合わせください。」と記載し、運営規程に詳細(○○町等)を記載している。	
<input type="checkbox"/> 【病院又は診療所内で行う場合】保険医療機関の指定通知書の写し又は【介護老人保健施設内で行う場合】介護老人保健施設開設許可書の写し		
	<input type="checkbox"/> 【病院又は診療所内で行う場合】関東信越厚生局から発行された指定通知書の写しを添付している。 <input type="checkbox"/> 【介護老人保健施設内で行う場合】開設時に交付を受けた開設許可書の写しを添付している。	
<input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表		
サービス種類	<input type="checkbox"/> 介護予防サービスも併せて行う場合、両サービス名を記載している。	※指定申請書類様式を使用してください。
勤務形態	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションを一体的に行う場合、常勤であれば「B」、非常勤であれば「D」と記載している。 <input type="checkbox"/> 管理者及び従業者全員の毎日の勤務時間数を記載している。 <input type="checkbox"/> 常勤職員が勤務すべき1週あたりの勤務時間は、32時間以上となっている。 <input type="checkbox"/> 曜日を正しく記載している。 <input type="checkbox"/> 氏名は資格証のものと一致している。 <input type="checkbox"/> 同一事業所内の他の職務や同一敷地内の他の事業所の職務を兼務する場合、それぞれの職務に係る就業時間を按分して記載している。(ダブルカウントはできません。) <input type="checkbox"/> 介護保険の通所リハビリテーション(予防含む)に勤務する時間のみ記載し、医療保険や介護老人保健施設業務に従事する時間は除いている。	※職員の氏名を記載する際は、「高と高、崎と崎、恵と恵」などに注意してください。 ※人員基準についてご質問の多い点はうしろの「申請書類作成にあたっての留意事項」にて掲載していますので、確認してください。
<input type="checkbox"/> 従業者の資格証の写し		
	<input type="checkbox"/> 資格を必要とする職種について資格証の写しを添付している。(資格を必要としない職種は添付不要)	※勤務形態一覧表の順番に並べてください。

<input type="checkbox"/> 事業所の管理者（管理代行者）経歴書		
主な職歴等	<input type="checkbox"/> 指定予定月の前月までの職歴等を記載している。 （※ 介護関係の職歴については、開設法人名及び事業所名の両方を記載してください。）	
指定（変更）後に従事する職務	<input type="checkbox"/> 今回指定を受ける予定の事業について記載している。 <input type="checkbox"/> 兼務する場合、「管理者兼〇〇」のように記載している。	
※管理者代行者を選任する場合	<input type="checkbox"/> 管理代行者の経歴書についても併せて作成している。	
<input type="checkbox"/> 事業所の平面図		
（リハビリを行う専用の部屋） （消火設備その他非常災害時に際して必要な設備）	<input type="checkbox"/> 各室の用途、寸法、縮尺を正確に記載している。 <input type="checkbox"/> 3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上となっている。 （※介護老人保健施設の場合、補助金に係る規程が別途定められています。高齢施設課保健・居住施設グループに確認してください。） <input type="checkbox"/> <u>内法により実測した寸法、縮尺を正確に記載し、求積の根拠を明記している。</u> <input type="checkbox"/> 面積算定の際、リハビリテーションを行うスペースとしての使用が想定されないもの（廊下、柱、書棚、事務スペース、相談スペース、静養スペース等）は面積から除外している。 <input type="checkbox"/> リハビリテーションを行うために必要な専用の器具、またテーブル等の配置を記載している。 <input type="checkbox"/> 消火器等の消火設備や備品の配置場所を記載している。	※通所リハビリテーション事業所の開設に際しては、介護保険法令のほか、医療法との関係もあるため、計画段階で早めにご相談ください。 指導監査課 電話 046-822-8393
<input type="checkbox"/> 運営規程（料金表含む）		
（運営規程）	（事業の目的及び運営方針） <input type="checkbox"/> 記載している。 （従業員の職種、員数及び職務内容） <input type="checkbox"/> 職種ごとに常勤、非常勤の別、専従、兼務の別と員数を記載している。（複数単位を設定する場合は、単位毎に記載すること） （営業日及び営業時間） <input type="checkbox"/> 営業日、営業時間、サービス提供時間、サービス提供時間を記載している。 （利用定員） <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションを一体的におこなう場合、「通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションをあわせて〇人」と記載している。（複数単位を設定する場合は、単位毎に記載すること） （指定通所リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額） <input type="checkbox"/> 介護保険利用料以外で徴収するその他の費用（通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に	※作成にあたっては、うしろの「申請書類作成にあたっての留意事項」を確認してください。

	<p>要する費用・食費・おむつ代等) も記載している。</p> <p>(通常の事業の実施地域)</p> <p><input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域が市町村の一部地域とする場合、当該一部地域の具体的な範囲を明示している。</p> <p>(サービス利用に当たっての留意事項)</p> <p><input type="checkbox"/> 記載している。</p> <p>(緊急時における対応方法)</p> <p><input type="checkbox"/> 記載している。</p> <p>(非常災害時対策)</p> <p><input type="checkbox"/> 記載している。</p> <p>(その他運営に関する重要事項)</p> <p><input type="checkbox"/> 衛生管理、事故発生時の対応、採用時研修、継続研修の頻度、従業者(従業者であったもの)の守秘義務、苦情・相談体制について記載している。</p> <p>(その他)</p> <p><input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーションの指定も併せて受ける場合、介護予防通所リハビリテーションの運営規程も作成している。(ただし、内容が網羅されていれば、一体的に作成しても構いません。)</p> <p><input type="checkbox"/> 附則の施行日は事業開始予定日を記載している。</p>	
(料金表)	<p><input type="checkbox"/> 介護保険利用料以外で徴収する費用も料金表に記載している。</p> <p><input type="checkbox"/> 1割負担、2割負担及び3割負担の額を記載している。</p>	
<input type="checkbox"/> 食費の積算根拠がわかるもの【食事を提供する事業所のみ】		
(食費の積算根拠がわかるもの)	<p><input type="checkbox"/> 食費を徴収する場合、材料費、人件費、光熱水費等から算出した食費の積算根拠を料金表とは別に作成している。</p> <p><input type="checkbox"/> 外部事業者により食事を提供する(お弁当等)場合は、見積書等の食費の根拠のわかる書類の写しを添付している。</p> <p><input type="checkbox"/> 食費は、利益を見込まない設定(積算根拠として算出した金額以下)としている。</p> <p><input type="checkbox"/> 昼食とおやつのうち、一方のみ食べた場合の費用が確認できるように設定している。</p>	
<input type="checkbox"/> プログラム		
	<p><input type="checkbox"/> 1日のサービス提供の流れが分かるプログラムを作成している。</p> <p><input type="checkbox"/> 機能訓練やレクリエーションは具体的な内容を記載している。</p> <p><input type="checkbox"/> サービス提供を開始する時刻とサービス提供が終了する時刻を明示している。</p> <p><input type="checkbox"/> サービス提供時間中に送迎時間や帰り支度をする時間を含んでいない。</p>	<p>※作成にあたっては、うしろの「申請書類作成にあたっての留意事項」を確認してください。</p>
<input type="checkbox"/> 法人役員名簿【法人の場合のみ】		
	<p><input type="checkbox"/> 当該法人の役員(業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有するものであるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締</p>	

		役、執行役又はこれに準ずるものと同等の支配力を有するものと認められる者を含む。)を全て記載している。	
<input type="checkbox"/>	法人代表者等誓約書【法人の場合のみ】		
		<input type="checkbox"/> 申請者の住所、氏名は、申請書の住所、氏名（法人名、代表者名）と一致している。	※指定申請書類様式を使用してください。
<input type="checkbox"/>	管理者（管理代行者）誓約書及び管理者（管理代行者）の責務チェックリスト		
		<input type="checkbox"/> 管理者が自署している。 <input type="checkbox"/> 管理者の他に管理代行者を選任する場合は、管理代行者の分も作成している。 <input type="checkbox"/> 事業者名は開設法人名を記載している。	
<input type="checkbox"/>	介護給費算定に係る体制等に関する届出書		
		<input type="checkbox"/> 申請者の住所、氏名は、申請書の住所、氏名と一致している。 <input type="checkbox"/> 提供するサービスの実施事業欄に「○」を記載し、異動年月日欄に事業開始予定年月日を記載している。	※「加算届」内の様式を使用してください。 ※加算を算定しない場合であっても作成してください。
<input type="checkbox"/>	介護給費算定に係る体制等状況一覧表		
		<input type="checkbox"/> 記載担当者の職名及び氏名、連絡先電話番号を記載している。 <input type="checkbox"/> 提供サービス、施設等の区分、その他該当する体制等、割引、地域区分のそれぞれの欄の該当箇所の番号を「○」で囲んでいる。 <input type="checkbox"/> 加算を算定しない場合は「なし」に○を記載している。	※「加算届」内の様式を使用してください。 ※加算を算定しない場合であっても作成してください。
<input type="checkbox"/>	チェック表及び誓約書等の添付書類【加算を算定する場合のみ】		
		<input type="checkbox"/> 申請書の住所、氏名を記載している。 <input type="checkbox"/> チェック表項目（算定要件）のチェックを行っている。	※「加算届」内の様式を使用してください。 ※添付書類にもれはないか確認してください。
<input type="checkbox"/>	通所系サービス事業所規模点検書（新規開設等事業所用）		
		<input type="checkbox"/> 運営規程に位置付けられている日は全てサービス提供を行うものとし、サービス提供予定日数を記載している。	※「加算届」内の様式を使用してください。 ※「事業所規模」についても、上記「チェック表及び誓約書」が別途必要です。
<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善計画書・介護職員等特定処遇改善計画書【介護職員処遇改善加算等を算定する場合のみ】		
		<input type="checkbox"/> 加算算定区分に応じた様式に記載している。 <input type="checkbox"/> 加算算定区分に応じたチェック表項目（算定要件）のチェックを行っている。	※添付書類にもれはないか確認してください。
	<p>※指定日から介護職員処遇改善加算を算定する場合は、計画書を併せて持参してください。</p> <p>申請日に提出がない場合は、指定日から当該加算を算定することはできませんのでご注意ください。</p> <p>（この場合、指定日の翌々月以降の加算の算定になります。）</p>		
<input type="checkbox"/>	社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票		
		<input type="checkbox"/> 各保険に加入確認ができる書類の写しを添付している。	※添付書類にもれはないか確認してください。

<input type="checkbox"/>	返信用封筒		
		<input type="checkbox"/> A4封筒に140円分の切手を貼っている。 (※ 同じ事業所番号でサービス追加の場合も同じ。) <input type="checkbox"/> 返信先の郵便番号、住所、事業所名を記載している。	

② 申請書類作成にあたっての留意事項（通所リハビリテーション）

申請書類作成にあたって、ご質問の多い点をまとめました。こちらも参考の上、申請書類を作成してください。

1 人員

(1) 常勤換算とは？

- 「理学療法士等の1週間の合計勤務時間」を「事業所の常勤職員の1週間の勤務時間」で割ったものです。（週で常勤換算を行う場合）
- 合計勤務時間とは、通所リハビリテーションのサービス提供に従事する時間とサービス提供の準備等を行う時間の合計時間です。
- 同一事業所内の他の単位・職務、同一敷地内の他の事業所の職務を兼務する場合、それぞれの職務への就業時間を按分により計上します（ダブルカウントはできません。）
- 常勤職員の勤務時間は、各事業所で規定します。
〔 就業規則がある場合－就業規則に定めた勤務時間
就業規則がない場合－常勤職員との雇用契約書に記載された勤務時間 〕
- 指定申請における常勤、非常勤の区別は、勤務時間が、事業所で規定した時間数に達するか否かで区別するものであり、正社員やパート等の雇用形態で区別するものではありません。

例1 常勤職員の勤務時間が週40時間の事業所

従業者	勤務形態	通りハ1単位目	通りハ2単位目	訪リハ・外来等
理学療法士A	常勤	週40時間	—	—
理学療法士B	常勤	週5時間	週35時間	—
理学療法士C	非常勤	週5時間	週5時間	週5時間
作業療法士D	常勤	—	週10時間	週30時間
作業療法士E	非常勤	週15時間	—	—
言語聴覚士F	非常勤	週4時間	週4時間	週8時間

通りハ1単位目の理学療法士等の1週間の合計勤務時間は、 $40+5+5+15+4=69$ 時間。
常勤職員の1週間の勤務時間は、40時間。

理学療法士Aは、週40時間勤務で常勤職員であるため「1」と数える。

⇒常勤換算は、 $1 + (5 + 5 + 10 + 4) \div 40 = 1.725 \rightarrow 1.7$ （小数点第2位切り捨て）。

同様に通りハ2単位目の理学療法士等の1週間の合計勤務時間は、 $35+5+10+4=54$ 時間。

⇒常勤換算は、 $54 \div 40 = 1.35 \rightarrow 1.3$ （小数点第2位切り捨て）。

(2) 管理者について

- 管理者は併設する病院、診療所又は介護老人保健施設の管理者が兼務するのが原則となります。

また、医師、理学療法士、作業療法士又は専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護師のうちから選任した者に、必要な管理の代行をさせることが可能です。

2 設備基準

(1) 専用の部屋等

- 指定通所リハビリテーションを行うのにふさわしい専用の部屋等であって、3平方メートルに利用定員（同時に指定通所リハビリテーションの提供を受けることができる利用者の数の上限）を乗じた面積以上が必要です。
- 指定通所リハビリテーションを行うために必要な専用の機械及び器具を備える必要があります。
- 面積の算定を行うに当たっての端数処理の方法は、下記「通所系事業所における面積の算定を行う際の端数処理の方法について」に従って、端数処理をしてください。

(2) 消火設備等

- 消火設備その他非常災害に際して必要な専用の設備を備える必要があります。

(3) 事業所の場所

- 病院、診療所、介護老人保健施設内である必要があります。

3 運営規程

(介護予防事業も行う場合には、予防用・介護用それぞれの運営規程を作成する必要があります。両サービスの内容が網羅されていれば一体的に作成することも可能です。)

(1) 必ず記載すべき事項

- 事業の目的及び運営の方針
→ 基準条例などを参考にしてください。
- 従業者の職種、員数及び職務内容
→ 常勤・非常勤の別、専従・兼務の別を記載してください。
例) 理学療法士5名 (常勤兼務3名、非常勤兼務2名)
- 営業日、営業時間、サービス提供日、サービス提供時間
→ (2) 営業日及び(3) 営業時間とサービス提供時間を参照
- 指定通所リハビリテーションの利用定員
→ (6) 利用定員を参照
- 指定通所リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額
→ 介護保険利用料以外で徴収する費用もすべて記載してください。
- 通常の事業の実施地域
→ (4) 通常の事業の実施地域を参照
- 緊急時における対応方法
→ 基準条例などを参考にしてください。
- その他運営に関する重要事項
→ 事故発生時の対応、就業中及び退職後の守秘義務、苦情・相談体制、従業者の研修、衛生管理について記載してください。

(2) 営業日

- 祝日の営業について、運営規程に明記してください。

例： 営業する場合 → 営業日は、月曜から土曜までとする (祝日は営業する)。

営業しない場合 → 営業日は、月曜から土曜までとする (祝日は営業しない)。

- 夏休み、冬休みを設定する場合には、運営規程に明記してください。

例： 営業日は、月曜から土曜までとする（祝日は営業しない）。
但し、12月29日～1月3日までを除く。

(3) 営業時間とサービス提供時間

- 営業時間とは、事業所が開いている時間のことです。
- サービス提供時間とは、実際にサービスを提供することが可能な時間です。

例： 営業時間は、9:00 から 17:00 までとする。
サービス提供時間は、10:00 から 16:15 までとする。

(4) 通常の事業の実施地域

- 通常の実施区域内では、
 - ① 交通費は別途請求できません（介護報酬に含まれているため）。
 - ② 定員を超えてしまう等の合理的な理由がない限り、通常の事業の実施地域内に住んでいる利用者へのサービス提供は拒否できません。以上を踏まえて、通常の事業の実施地域を決めてください。

※ 通常の事業の実施地域以外に居住する利用者に対するサービス提供の実施については、事業所で判断してください。

(5) その他の費用

- ア 通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用
- 通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対しては、運営規程に定め、利用者から同意を得れば、送迎に要する費用（実費）を別途利用者に請求することができます。
- 送迎に要する費用を設定するかしないかは、事業所で決めてください。
- 送迎に要する費用を請求する場合には、運営規程に明記し、届け出る必要があります。公共交通機関（電車、バス等）を利用する場合には、運賃ですので実費が明確ですが、自動車を使用する場合には、実費（ガソリン代）が明確ではありません。そこで、自動車を使用する場合には、運営規程に費用（ガソリン代）を明示しておく必要があります。費用（ガソリン代）の設定方法は、事業所で決めてください。
- イ 日常生活においても通常必要となるものに係る費用で、その利用者に負担させることが適当と認められる費用
- 詳細は、「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」（平成12年3月30日老企第54号）等をご覧ください。

(6) 利用定員

通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションとで一体的に運営を行い、定員を定めている場合は、

「通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション 合計 ○○名」など、各サービスの合計であることが分かるように記載してください。

4 その他添付書類

(1) 料金表

- 原則として3年ごとに報酬改定が行われます。改定後の単位を確認して作成してください。

(2) プログラム

- 1日のサービス提供の流れがわかるプログラムを添付してください。
- サービス提供時間には、送迎時間や帰り支度をする時間は含まれません。

③ 同一住所で2サービス以上の事業を行う場合（みなし指定の場合）

1 事業所名称と事業所番号について

「事業所の名称」は併設している病院、診療所又は老健と一致します（それ以外の名称はつけられません）。

2 事務室の配置について

事務室は共通で使用できますが、サービスごとに専用の事務スペースが必要です。机をサービスごとに明確に分けてください。図面に机のレイアウトを記載し、どの机がどのサービス用なのかが分かるように記載してください。

④ 通所系事業所における面積の算定を行う際の端数処理の方法について

通所系事業所における面積の算定を行う際の端数処理の方法は、次のとおり処理するものとします。

（1）基礎となる面積については、小数点第3位以下を切り捨てる。

（2）除算する面積については、小数点第3位以下を切り上げる。

（除算前の食堂兼機能訓練室に除算すべき柱がある場合の例）

・ 除算前の食堂兼機能訓練室 $7.5 \text{ m}^2 \times 5.25 \text{ m}^2 = 39.375 \text{ m}^2 \div 39.37$

→（1）により、柱の面積を除算するに当たり基礎となる食堂兼機能訓練室の面積は、小数点第3位以下を切り捨てて、 39.37 m^2 とします。

・ 柱 $0.7 \text{ m}^2 \times 0.33 \text{ m}^2 = 0.231 \text{ m}^2 \div 0.24 \text{ m}^2$

→（2）により、食堂兼機能訓練室から除算する柱の面積は、小数点第3位以下を切り上げて、 0.24 m^2 とします。

食堂兼機能訓練室の面積は、 39.37 m^2 （1） - 0.24 m^2 （2） = 39.13 m^2 となります。