

各都道府県介護保険担当課（室）

各保険者介護保険担当課（室）

各 介 護 保 険 関 係 団 体 御 中

← 厚生労働省 老健局振興課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

「指定居宅サービス事業所、指定居宅介護支援事業所、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業所の指定等に関する規則（参考例）の送付について」の一部改正について」及び「法改正リーフレット（事業者向け）の送付について」

計 8 6 枚（本紙を除く）

Vol.82

平成21年4月24日

厚生労働省老健局振興課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111（基準第一係・内線 3983）
FAX：03-3503-7894

事 務 連 絡
平成 2 1 年 4 月 2 4 日

各都道府県介護保険担当課(室)長 殿

厚生労働省老健局振興課

「指定居宅サービス事業所、指定居宅介護支援事業所、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業所の指定等に関する規則（参考例）の送付について」の一部改正について

介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律（平成 2 0 年法律第 4 2 号）の平成 2 1 年 5 月 1 日施行に伴い、「指定居宅サービス事業所、指定居宅介護支援事業所、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業所の指定等に関する規則（参考例）の送付について」（平成 1 1 年 7 月 1 6 日厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室長事務連絡）を下記のとおりといたしましたので送付いたします。

なお、本参考例は、介護保険法に基づく指定又は許可等の事務を処理するための規定振りの一つの例を示したものであり、文言や様式を拘束する趣旨のものではありませんので、各都道府県において適宜追加・修正を行ったうえで活用してください。

記

「指定居宅サービス事業所、指定居宅介護支援事業所、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業所の指定等に関する規則（参考例）」を別紙のとおり改正する。

【改正の概要】

○参考例規則第 4 条関係

休止及び廃止の届出が事前届出制となったことに伴う改正

○参考例規則第11条関係

公示事項が介護保険法施行規則に規定されたことに伴う改正

○参考例規則添付書類様式（参考様式 9－1）関係

指定の欠格事由の改正に伴う誓約書様式の改正

○その他指定基準及び報酬改定等に伴う様式の修正

「指定居宅サービス事業所、指定居宅介護支援事業所、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業所の指定等に関する規則（参考例）の送付について」（平成十一年七月十六日事務連絡）（改正：平成十三年二月、平成十八年三月三十一日）

指定居宅サービス事業所、指定居宅介護支援事業所、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業所の指定等に関する規則（参考例）を次のように改正する。

〈新旧対照表〉

指定居宅サービス事業所、指定居宅介護支援事業所、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業所の指定等に関する規則（参考例）

改正後

旧

（趣旨）

第一条 この規則は、介護保険法（平成九年法律第百二十三号。以下「法」という。）、介護保険法施行法（平成九年法律第百二十四号。以下「施行法」という。）、介護保険法施行令（平成十年政令第百十二号）及び介護保険法施行規則（平成十一年厚生省令第三十六号。以下「施行規則」という。）に定めるもののほか、指定居宅サービス事業所、指定居宅介護支援事業所、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業所の指定等に関し必要な事項を定める。

（指定又は許可の申請等）

第二条 法第七十条第一項、第七十九条第一項、第八十六条第一項、第九十四条第一項、第七十七条第一項及び第百十五条の二第一項の規定による申請は、第一号様式による指定申請書又は許可申請書により行うものとする。

2 法第七十条第一項、第七十九条第一項、第八十六条第一項、第九十四条第一項、第七十七条第一項及び第百十五条の二第一項の規定により指定又は許可を受けた者は、その旨を当該指定又は許可に係る事業所又は施設の見やすい場所に標示するものとする。

（指定又は許可の更新等）

（趣旨）

第一条 この規則は、介護保険法（平成九年法律第百二十三号。以下「法」という。）、介護保険法施行法（平成九年法律第百二十四号。以下「施行法」という。）、及び介護保険法施行規則（平成十一年厚生省令第三十六号。以下「施行規則」という。）に定めるもののほか、指定居宅サービス事業所、指定居宅介護支援事業所、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業所の指定等に関し必要な事項を定める。

（指定の申請等）

第二条 法第七十条第一項、第七十九条第一項、第八十六条第一項、第九十四条第一項、第七十七条第一項及び第百十五条の二第一項の規定による申請は、第一号様式による指定申請書又は許可申請書により行うものとする。

2 法第七十条第一項、第七十九条第一項、第八十六条第一項、第九十四条第一項、第七十七条第一項及び第百十五条の二第一項の規定により指定又は許可を受けた者は、その旨を当該指定又は許可に係る事業所又は施設の見やすい場所に標示するものとする。

（指定の更新等）

第二条の二 法第七十条の二第一項（第百十五條の十一において準用する場合を含む。以下同じ。）、第七十九條の二第一項、第八十六條の二第一項、第九十四條の二第一項及び第百七條の二第一項の規定による申請は、第一号の二様式による指定更新申請書又は許可更新申請書により行うものとする。

2 法第七十条の二第一項、第七十九条の二第一項、第八十六条の二第一項、第九十四条の二第一項、第百七條の二第一項及び第百十五條の十一の規定により指定又は許可の更新を受けた者は、その旨を当該指定又は許可の更新に係る事業所又は施設の見やすい場所に標示するものとする。

（指定居宅サービス事業者の特例に係る別段の申出）

第三条 法第七十一条第一項ただし書及び第七十二条第一項ただし書（第百十五條の十一において準用する場合を含む。）の規定による指定を不要とする旨の申出は、第二号様式による指定を不要とする旨の申出書により行うものとする。

（変更の届出等）

第四条 法第七十五条第一項、第八十二條第一項、第八十九條、第九十九條第一項、第百十一條及び第百十五條の五第一項の規定による届出は、変更に係るものにあつては、第三号様式による変更届出書により、再開に係るものにあつては、第三号の二様式による再開届出書により、それぞれ行うものとする。

2 法第七十五条第二項、第八十二條第二項、第九十九條第二項及び第百十五條の五第二項の規定による廃止又は休止の届出にあつては、第四号様式による廃止・休止届出書により行うものとする。

（指定の辞退）

第五条 法第九十一条及び第百十三條の規定による指定の辞退は、第五号様式による指定辞退届出書により行うものとする。

（介護老人保健施設の開設許可事項の変更申請）

第二条の二 法第七十条の二第一項、第七十九条の二第一項、第八十六條の二第一項、第九十四條の二第一項、第百七條の二第一項及び第百十五條の十の規定による申請は、第一・二号様式による指定更新申請書又は許可更新申請書により行うものとする。

2 法第七十条の二第一項、第七十九条の二第一項、第八十六条の二第一項、第九十四条の二第一項、第百七條の二第一項及び第百十五條の十の規定により指定更新又は許可更新を受けた者は、その旨を当該指定更新又は許可更新に係る事業所又は施設の見やすい場所に標示するものとする。

（指定居宅サービス事業者の特例に係る別段の申出）

第三条 法第七十一条第一項ただし書及び第七十二条第一項ただし書きの規定による指定を不要とする旨の申出は、第二号様式による指定を不要とする旨の申出書により行うものとする。

（変更の届出等）

第四条 法第七十五条、第八十二條、第八十九條、第九十九條、第百十一條及び第百十五條の五の規定による届出は、施行規則第百三十一條第一項、第百三十三條第一項、第百三十五條、第百三十七條、第百四十條及び第百四十條の十九第一項に掲げる事項の変更に係るものにあつては第三号様式による変更届出書により、事業の廃止、休止又は再開に係るものにあつては第四号様式による廃止・休止・再開届出書により、それぞれ行うものとする。

（指定の辞退）

第五条 法第九十一条及び第百十三條の規定による指定の辞退は、第五号様式による指定辞退届出書により行うものとする。

（介護老人保健施設の開設許可事項の変更申請）

第六条 法第九十四条第二項に規定する許可の申請は、第六号様式による介護老人保健施設開設許可事項変更申請書により行うものとする。

(介護老人保健施設の管理者の承認申請)

第七条 法九十五条の規定による承認の申請は、第七号様式による介護老人保健施設管理者承認申請書により行うものとする。

(介護老人保健施設の広告の許可の申請)

第八条 法第九十八条第一項第四号の事項に係る許可の申請は、第八号様式による介護老人保健施設広告事項許可申請書により行うものとする。

(指定介護療養型医療施設の指定の変更申請)

第九条 法第九十八条第一項の規定による申請は、第九号様式による指定介護療養型医療施設指定変更申請書により行うものとする。

(市町村等への情報提供)

第十条 知事は、第二条から前条までの規定による指定若しくは許可又は届出若しくは申出の受理(以下この条において、「指定等」という。)をしたときは、市町村、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して、当該指定等に係る事業所又は施設に関する情報のうち、次に掲げる事項を提供することができる。

一 事業所又は施設の名称及び所在地

二 当該事業所又は施設の指定又は許可の申請者又は開設者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所(当該申請に係る事業所又は施設が法人以外の者の開設する病院又は診療所であるときは、開設者の氏名及び住所)

三 指定年月日又は許可年月日

四 指定更新年月日又は許可更新年月日

五 事業開始年月日

六 運営規程

七 介護保険事業所番号

第六条 法第九十四条第二項に規定する許可の申請は、第六号様式による介護老人保健施設開設許可事項変更申請書により行うものとする。

(介護老人保健施設の医師以外の管理者の承認申請)

第七条 法九十五条の規定による承認の申請は、第七号様式による介護老人保健施設管理者承認申請書により行うものとする。

(介護老人保健施設の広告の許可の申請)

第八条 法第九十八条第一項第四号の事項に係る許可の申請は、第八号様式による介護老人保健施設広告事項許可申請書により行うものとする。

(指定介護療養型医療施設の指定の変更申請)

第九条 法第九十八条第一項の規定による申請は、第九号様式による指定介護療養型医療施設指定変更申請により行うものとする。

(市町村等への情報提供)

第十条 知事は、第二条から前条までの規定による指定若しくは許可又は届出若しくは申出の受理(以下この条において、「指定等」という。)をしたときは、市町村、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して、当該指定等に係る事業所又は施設に関する情報のうち、次に掲げる事項を提供することができる。

2 前項に規定する情報の内容は、次のとおりとする。

(一) 事業所又は施設の名称及び所在地

(二) 当該事業所又は施設の指定又は許可の申請者又は開設者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所(当該申請に係る事業所又は施設が法人以外の者の開設する病院又は診療所であるときは、開設者の氏名及び住所)

(三) 指定年月日又は許可年月日

(四) 指定更新年月日又は許可更新年月日

(五) 事業開始年月日

(六) 運営規程

- 2 前項の規定は、法第七十一条第一項本文及び第七十二条第一項本文（第百十五條の十一において準用する場合を含む。）の指定に係る情報について準用する。
- 3 知事は、第一項（前項において準用する場合を含む。）の情報の提供に関する業務の全部又は一部を他の機関に委託することができる。

（公示）

第十一條 法第七十八條、第八十五條、第九十三條、第百四條の二、第百十五條及び第百十五條の十の規定による公示は、施行規則第百三十一條の二、第百三十三條の二、第百三十五條の二、第百三十七條の二、第百四十條の二及び第百四十條の二十三各号に掲げる事項のほか、介護保険事業所番号について行うものとする。

- （七） 介護保険事業所番号
- 3 前二項の規定は、法第七十一条本文及び第七十二条本文の指定又は承認に係る情報について準用する。

- 4 知事は、第一項（前項において準用する場合を含む。）の情報の提供に関する業務の全部又は一部を他の機関に委託することができる。

（公示）

第十一條 法第七十八條、第八十五條、第九十三條、第百四條及び第百十五條の九の規定による公示は、法第七十八條各号、第八十五條各号、第九十三條各号、第百十五條各号及び第百十五條の九各号の措置に関する次に掲げる事項について行うものとする。

（一） 介護保険事業所番号

（二） 指定居宅サービスの事業所、指定居宅介護支援事業所、介護保険施設又は指定介護予防サービス事業所の名称及び所在地

（三） 当該事業所又は施設の指定又は許可の申請者又は開設者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所（当該申請に係る事業所又は施設が法人以外の者の開設する病院又は診療所であるときは、開設者の氏名及び住所）

（四） 指定（更新）、指定の辞退又は指定の取消しの年月日

（五） 指定の全部若しくは一部の効力の停止の年月日及び内容

（六） サービスの種類

- 2 前項の規定は、法第九十四条第一項及び第百四條の規定について準用する。この場合において、前項第四号中「指定、指定の辞退又は許可の取消し」とあるのは「許可又は許可の取消し」と読み替えるものとする。

（指定居宅サービス事業所に関する経過措置）

第十二條 第三條の規定は、施行法第四條ただし書及び第五條ただし書の規定による申出について準用する。

（指定居宅サービス事業所に関する経過措置）

第十二條 第三條の規定は、施行法第四條ただし書き及び第五條ただし書きの規定による申出について準用する。

(実施細目)

第十三条 この規則に規定するもののほか、指定居宅サービス事業所、指定居宅介護支援事業所、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業所の指定等に関し必要な事項は、知事が別に定める。

(介護保険の実施のための必要な準備)

第十四条 知事は、この規則の施行日前においても、指定居宅サービス事業所、指定居宅介護支援事業所、介護保険施設の指定等に関し必要な業務を行うことができる。

附則 (略)

(実施細目)

第十三条 この規則に規定するもののほか、指定サービス事業所、指定居宅介護支援事業所、介護保険施設の指定等に関し必要な事項は、知事が別に定める。

(介護保険の実施のための必要な準備)

第十四条 知事は、この規則の施行日前においても、指定居宅サービス事業所、指定居宅介護支援事業所、介護保険施設の指定等に関し必要な業務を行うことができる。

附則 (略)

受付番号

指定居宅サービス事業所
 指定介護予防サービス事業所
 指定居宅介護支援事業所 指定（許可）申請書
 介護保険施設

年 月 日

知事 殿

所在地
 申請者
 名 称

印

介護保険法に規定する事業所（施設）に係る指定（許可）を受けたいので、下記のとおり、
 関係書類を添えて申請します。

事業所所在地市町村番号

申請者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 ー) 県 都市 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX 番号	
	法人の種類別			法人所轄庁		
	代表者の職・氏名・生 年月日	職名			フリガナ 氏名	生年月日
代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 都市 (ビルの名称等)					
指定（許可）を受けようとする事業所・施設の種類	事業所等の所在地	(郵便番号 ー) 県 都市 (ビルの名称等)				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施 事業	指定（許可）申請をする事業等の 事業開始予定年月日	既に指定等を受けている事業等 の指定（許可）年月日	様式	
	指定居宅サービス	訪問介護				付表 1
		訪問入浴介護				付表 2
		訪問看護				付表 3
		訪問リハビリテーション				付表 4
		居宅療養管理指導				付表 5
		通所介護				付表 6
		通所リハビリテーション				付表 7
		短期入所生活介護				付表 8
		短期入所療養介護				付表 9
		特定施設入居者生活介護				付表 10
		福祉用具貸与				付表 11
		特定福祉用具販売				付表 12
	居宅介護支援				付表 13	
	施設	介護老人福祉施設				付表 14
		介護老人保健施設				付表 15
		介護療養型医療施設				付表 16
	指定介護予防サービス	介護予防訪問介護				付表 1
		介護予防訪問入浴介護				付表 2
		介護予防訪問看護				付表 3
		介護予防訪問リハビリテーション				付表 4
		介護予防居宅療養管理指導				付表 5
		介護予防通所介護				付表 6
		介護予防通所リハビリテーション				付表 7
		介護予防短期入所生活介護				付表 8
		介護予防短期入所療養介護				付表 9
介護予防特定施設入居者生活介護					付表 10	
介護予防福祉用具貸与					付表 11	
特定介護予防福祉用具販売					付表 12	
介護保険事業所番号					(既に指定又は許可を受けている場合)	
医療機関コード等						

備考 1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

2 「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。

3 「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。

4 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

5 「指定（許可）申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始（開設）予定年月日を記載してください。

6 「既に指定等を受けている事業等」欄は、介護保険法による指定事業者又は介護保険施設として指定（許可）された年月日（法第71条又は法第72条に基づき指定があったものとみなされたときは、保健医療機関等の指定を受けた年月日、施行法第4条、第5条、第7条及び第8条の規定に基づき指定（許可）があったものとみなされたものについては、「12. 4. 1」）を記載してください。

7 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。

8 既に介護給付のサービス事業所の指定を受けている事業者が、介護予防サービス事業者の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」「当該申請に係る介護予防サービス費の請求に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」、「役員の氏名、生年月日及び住所」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。また、既に介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、介護給付のサービス事業所の指定を受ける場合においても同様に届出を省略できます。

付表 1-1 訪問介護・介護予防訪問介護事業所の指定に係る記載事項

		受付番号	
事業所	フリガナ		
	名 称		
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市	
	連絡先	電話番号	FAX 番号
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	(郵便番号 -)	
	氏 名	住所	
	生年月日		
	訪問介護員等との業務の有無		(有・無)
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	名称	兼務する職種及び勤務時間等
サービス提供責任者	フリガナ	(郵便番号 -)	
	氏 名	住所	
	フリガナ	(郵便番号 -)	
	氏 名	住所	
従業者の職種・員数		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		
	営業時間		
	利用料	法定代理受領分 (一割負担分)	
		法定代理受領分以外	
	その他の費用		
通常の事業実施地域			
添付書類		別添のとおり	

- | | | |
|----|---|--|
| 備考 | <p>1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。</p> <p>2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。</p> <p>3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。</p> <p>4 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。</p> <p>5 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。</p> | |
|----|---|--|

付表 1-2 訪問介護事業・介護予防訪問介護を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市			

	連絡先	電話番号		FAX 番号	
主な 揭示 事項	営業日				
	営業時間				
	利用料	法定代理受領分（一割負担分）			
		法定代理受領分以外			
	その他の費用				
	通常の事業実施地域				
	添付書類	別添のとおり			

備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所・施設の名称

番号	添 付 書 類	申請する事業・施設の種類						備 考
		訪問 介護	介護 予防					
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表							
3	事業所の管理者の経歴							
4	サービス提供責任者の経歴							
5	事業所の平面図							
6	運営規程							
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要							
8	当該申請に係る資産の状況							
9	当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行うときの名称・所在地							
10	法第 70 条第 2 項各号（又は法第 115 条の 2 第 2 項各号）に該当しないことを誓約する書面							
11	役員の氏名等							

備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表2 訪問入浴・介護予防訪問入浴介護事業所の指定に係る記載事項

		受付番号		
事業所	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号) 県 郡市		
	連絡先	電話番号	FAX 番号	
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	(郵便番号)		
	氏 名	住所		
	生年月日			
	当該訪問入浴介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)			
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	名称	兼務する職種及び勤務時間等	
従業者の職種・員数		看護職員	介護職員	
常 勤 (人)				
非常勤 (人)				
基準上の必要人数 (人)				
適合の可否				
主な揭示事項	営業日			
	営業時間			
	利用料	法定代理受領分 (一割負担分)		
		法定代理受領分以外		
	その他の費用			
通常の事業実施地域				
協力医療機関	名 称	主な診療科名		
	名 称	主な診療科名		
	名 称	主な診療科名		
添付書類		別添のとおり		

備考

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
4 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所・施設の名称

番号	添付書類	申請する事業・施設の種類						備考
		訪問 入浴	介護 予防					
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表							
3	事業所の管理者の経歴							
4	事業所の平面図（備品概要を含む）							
5	運営規程							
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要							
7	当該申請に係る資産の状況							
8	協力医療機関との契約の内容							
9	法第 70 条第 2 項各号（又は法第 115 条の 2 第 2 項各号）に該当しないことを誓約する書面							
10	役員の氏名等							

備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表3-1 訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ									
	名 称									
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市 -----								
	連絡先	電話番号				FAX 番号				
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	
病院、診療所、訪問看護ステーションの別										
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)					
	氏 名									
	生年月日									
	※職種及び登録番号									
	※当該訪問看護事業所内で兼務する他の職種 (兼務の場合記入)									
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務 (兼務の場合記入)	名称								
		兼務する職種 及び勤務時間等	-----							
従業者の職種・員数			看護師		保健師		准看護師		理学・作業療法士・言語聴覚士	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	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									
	営業時間									
	利用料		法定代理受領分(一割負担分)							
			法定代理受領分以外							
	その他の費用									
	通常の事業実施地域									
添付書類			別添のとおり							

備考

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 ※欄は、訪問看護ステーションの場合のみ記入してください。
- 5 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院又は診療所が行うものについては、法第71条第1項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
- 6 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 7 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表 3-2 訪問看護・介護予防訪問看護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号

事業所	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市			

	連絡先	電話番号		FAX 番号	
主な 揭示 事項	営業日				
	営業時間				
	利用料	法定代理受領分（一割負担分）			
		法定代理受領分以外			
	その他の費用				
	通常の事業実施地域				
	添付書類	別添のとおり			

- 備考
- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所・施設の名称

番号	添 付 書 類	申請する事業・施設の種類						備 考
		訪問 看護	介護 予防					
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	病院・診療所、薬局、特養の使用許可証等の写							
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表							
4	訪問看護ステーション管理者の免許証の写							
5	事業所の平面図							
6	運営規程							
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要							
8	当該申請に係る資産の状況							
9	当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行うときの名称・所在地							
10	法第 70 条第 2 項各号（又は法第 115 条の 2 第 2 項各号）に該当しないことを誓約する書面							
11	役員の氏名等							

備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表4 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所の指定に係る記載事項

		受付番号				
事業所	フリガナ					
	名 称					
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市				

	連絡先	電話番号			FAX 番号	
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
病院、診療所の別						
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏 名					
	生年月日					
従業者の職種・員数		理学療法士	作業療法士	言語聴覚士		
常勤 (人)						
非常勤 (人)						
主な 揭示 事項	営業日					
	営業時間					
	利用料	法定代理受領分 (一割負担分)				
		法定代理受領分以外				
	その他の費用					
通常の事業実施地域						
添付書類		別添のとおり				

- 備考
- 1 「受付番号」欄には、記入しないでください。
 - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 4 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院又は診療所が行うものについては、法第71条第1項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
 - 5 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所・施設の名称

番号	添 付 書 類	申請する事業・施設の種類						備 考
		訪問 リハ	介護 予防					
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	病院・診療所、薬局、特養の使用許可証等の写							
3	事業所の平面図							
4	運営規程							
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							
6	法第 70 条第 2 項各号（又は法第 115 条の 2 第 2 項各号。） に該当しないことを誓約する書面							
7	役員の氏名等							

備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所・施設の名称

番号	添付書類	申請する事業・施設の種類						備考
		居宅療養	介護予防					
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	病院・診療所、薬局、特養、訪問看護ステーションの使用許可証等の写							
3	事業所の平面図							
4	運営規程							
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							
6	法第 70 条第 2 項各号（又は法第 115 条の 2 第 2 項各号）に該当しないことを誓約する書面							
7	役員の氏名等							

備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

受付番号

備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。

5 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。

6 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表 6-2 通所介護・介護予防通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

		受付番号				
事業所	フリガナ					
	名 称					
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市				

	連絡先	電話番号			FAX 番号	
		食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積		基準上の必要数値	適合の可否	
		m ²		m ² 以上		
揭示事項	営業日	単位ごとの営業日				
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)				
	利用定員	人 (単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人)				
添付書類		平面図				

- 備考
- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 3 一のローテーションにおいて、事業所を複数有するときは、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所・施設の名称

番号	添 付 書 類	申請する事業・施設の種類						備 考
		通所 介護	介護 予防					
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表							
3	事業所の管理者の経歴							
4	事業所の平面図（設備概要を含む）							
5	運営規程							
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要							
7	サービス提供実施単位一覧表							
8	当該申請に係る資産の状況							
9	当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行うときの名称・所在地							
10	法第 70 条第 2 項各号（又は法第 115 条の 2 第 2 項各号）に該当しないことを誓約する書面							
11	役員の氏名等							

備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表7 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事業所の指定に係る記載事項（病院・診療所）

										受付番号				
事業所	フリガナ													
	名 称													
	所在地		(郵便番号 ー) 県 郡市											
	連絡先		電話番号				FAX 番号							
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						(郵便番号 ー)							
	氏 名													
	生年月日				住所									
	管理者代行者が選 任されている場合		医師				作業 療法士				代行者名		フリガナ	
			理学 療法士				専従の 看護師				氏名			
事業所の種別 (1つに○)		病院				基準第111条 第1項診療所						同条 第2項診療所		
医師数		常 勤		人		一日当たりの 総利用予定数						人		
		非常勤		人										
従業者の職種・員数				理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員		
常 勤 (人)														
非常勤 (人)														
適合の可否														
専用の部屋等の面積								基準上の必要数値		適合の可否				
								m ²		m ² 以上				
主 な 掲 示 事 項	営業日		単位ごとの営業日											
	営業時間		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)											
	利用定員		人 (単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人)											
	利用料		法定代理受領分 (一割負担分)											
			法定代理受領分以外											
	その他の費用													
	通常の事業実施地域													
添付書類		別添のとおり												

- 備考
- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 4 従業者の員数については、総数を記載してください。
 - 5 介護老人保健施設が行うものについては、法第72条第1項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
 - 6 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所・施設の名称

番号	添 付 書 類	申請する事業・施設の種類						備 考
		通所 リハ	介 護 予防					
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	病院・診療所、老健の使用許可証等の写							
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表							
4	経験看護師等の経歴							
5	事業所の平面図（設備概要を含む）							
6	運営規程							
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要							
8	サービス提供実施単位一覧表							
9	法第 70 条第 2 項各号（又は法第 115 条の 2 第 2 項各号）に該当しないことを誓約する書面							
10	役員の氏名等							

備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表 8-1 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定に係る記載事項
(単独型)

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ							
	名 称							
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市						

	連絡先	電話番号			FAX 番号			
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			住所	(郵便番号 -)			
	氏 名							
	生年月日							
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合記入）							
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）		名称	兼務する職種及び勤務時間等		-----		
利用者の推計数		人						
従業者の職種・員数		医師		生活相談員		看護職員		介護職員
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従
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								
		栄養士		機能訓練指導員		栄養士を配置していない場合の措置		
		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								
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要数値		適合の可否		
居室 廊下	1室あたりの最大定員			人	人以上			
	利用者1人あたりの最小床面積			m ²	m ² 以上			
	食堂と機能訓練室の合計面積				m ²	m ² 以上		
	片廊下の幅			m	m以上			
		中廊下の幅				m	m以上	
耐火建築物、準耐火建築物の別								
主な揭示事項	利用定員		人					
	利用料		法定代理受領分（一割負担分）					
			法定代理受領分以外					
	その他の費用							
通常の送迎の実施地域								
協力医療機関	名称					主な診療科名		
	名称					主な診療科名		
	名称					主な診療科名		
	名称					主な診療科名		
添付書類		別添のとおり						

備考	1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。 4 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。
----	--

付表 8-2 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定に係る記載事項
(空床利用型・併設事業所型)

受付番号

事業所	フリガナ														
	名 称														
	所在地		(郵便番号 ー) 県 都市												
	連絡先		電話番号				FAX 番号								
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		(郵便番号 ー)												
	生年月日		住所												
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		名称		兼務する職種及び勤務時間等										
空床型・併設型の別		空床型		併設型		本体施設の種別・名称									
入所者数		人(推定数を記入)		短期入所利用者数		人(推定数を記入)									
従業者の職種・員数				医師		生活相談員		看護職員		介護職員					
				専従		※兼務		専従		※兼務		専従			
短期入所生活介護及び 本体施設従事人数				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															
				栄養士		機能訓練指導員		栄養士を配置していない場合の措置							
				専従		※兼務		専従		※兼務					
短期入所生活介護及び 本体施設従事人数				常 勤(人)											
				非常勤(人)											
基準上の必要人数(人)															
適合の可否															
設備基準上の数値記載項目等												基準上の必要数値		適合の可否	
居室	1室あたりの最大定員		人		人以上										
	利用者1人あたりの最小床面積		㎡		㎡以上										
	食堂と機能訓練室の合計面積		㎡		㎡以上										
	片廊下の幅		m		m以上										
廊下	中廊下の幅		m		m以上										
主な 揭示 事項	入所・入院定員		人		短期入所利用定員数		人								
	利用料		法定代理受領分(一割負担分)												
			法定代理受領分以外												
	その他の費用														
通常の送迎の実施地域															
協力医療機関	名称				主な診療科名										
	名称				主な診療科名										
	名称				主な診療科名										
	名称				主な診療科名										
添付書類				別添のとおり											

- 備考
- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 本様式は、特別養護老人ホームの空床を利用して事業を行う場合又は施設に併設する事業所において事業を行う場合に係る申請に利用して下さい。また、「空床型・併設型の別」欄の空床型・併設型のいずれか一方又は両方に○を付してください。
 - 特別養護老人ホームと同時に申請をする場合は、本様式への記載を要しません。
 - 「※兼務」欄は、本体施設以外との兼務を行う職員について記載してください。
 - 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表 8-3 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定に係る記載事項

(本体施設が特別養護老人ホームの場合の併設事業所型)

										受付番号			
施設	フリガナ												
	名 称												
	所在地	(郵便番号 -)											
	連絡先	電話番号							FAX 番号				
管理者	フリガナ					(郵便番号 -)							
	氏 名					住所							
	生年月日												
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合は施設)	名 称											
		兼務する職種及び勤務時間等											
空床型・併設型の別		空 床 型 ・ 併 設 型				本体施設の種別							
入所者数		人 (推定数を記入)				短期入所利用者数		人 (推定数を記入)					
※従業者の職種・員数		医 師		生活相談員		介護職員		看護職員					
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務				
本体施設の施設等従事人数	常勤 (人)												
	非常勤 (人)												
短期入所生活介護従事人数	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													
		栄 養 士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置しない場合の措置					
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務						
本体施設の施設等従事人数	常勤 (人)												
	非常勤 (人)												
短期入所生活介護従事人数	常勤 (人)												
	非常勤 (人)												
基準上の必要人数 (人)													
適合の可否 (人)													
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要数値				適合の可否					
居室廊下	1 室当りの最大定員	人				人以上							
	利用者 1 人あたり最小面積	㎡				㎡以上							
	片廊下の幅	m				m以上							
	中廊下の幅	m				m以上							
食堂と機能訓練室の合計面積				㎡				㎡以上					
建物の構造が異様及び面積													
主な揭示事項	入所・入院定員		人				短期入所利用定員数		人				
	利用料		法定代理受領分										
			法定代理受領分以外										
	その他の費用												
通常の送迎の実施地域													
協力医療機関	名称					主な診療科名							
	名称					主な診療科名							
	名称					主な診療科名							
	名称					主な診療科名							
添付書類		別添のとおり。											

備考 1 「受付番号」「適合の可否」欄は、記入しないでください。

2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4 本様式は、本体施設が特別養護老人ホーム以外の場合であって、本体施設と一体的に運営が行われる事業所であるときに使用してください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所・施設の名称

番号	添 付 書 類	申請する事業・施設の種類						備考
		短期生活	介護予防					
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	特養の許可証等の写							
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表							
4	管理者の経歴							
5	事業所の平面図（本体施設を有するときは、当該施設の平面図も含む）							
6	事業所の居室面積等一覧表							
7	事業所の設備等に係る一覧表							
8	運営規程							
9	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要							
10	当該申請に係る資産の状況							
11	協力医療機関との契約の内容							
12	法第 70 条第 2 項各号（又は法第 115 条の 2 第 2 項各号）に該当しないことを誓約する書面							
13	役員の氏名等							

備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表9 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ									
	名 称									
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市								

	連絡先	電話番号				FAX 番号				
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	
事業所種別	①介護老人保健施設					(該当に○を記入)				
	②指定介護療養型医療施設									
	③療養病床を有する病院・診療所									
	④診療所									
	⑤老人性認知症疾患療養病棟を有する病院									
指定申請を行う病棟部分の入院患者または利用者の定員						人				
指定申請を行う病棟部分の入院患者の数(上記④⑤に該当の場合記入)						人				
管理者	フリガナ				(郵便番号 -) 住所					
	氏 名									
	生年月日									
指定申請を行う病棟部分の従業者の職種・員数(④⑤の場合記入)		担当 医師	看護職員 専従 兼務		介護職員 専従 兼務		作業療法士 専従 兼務		精神保健福祉士等 専従 兼務	一看護単位 あたりの病床数
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										
指定申請を行う病棟(病室)部分の設備基準上の数値記載項目(④⑤の場合記入)						基準上の必要数値			適合の可否	
④	利用者1人あたり床面積				m ²	m ² 以上				
⑤	病 1 病室の病床数				床	床以上				
	室 入院患者1人あたり床面積				m ²	m ² 以上				
	老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床面積				m ²	m ² 以上				
	廊 片廊下の幅				m	m以上				
	下 中廊下の幅				m	m以上				
	生活機能回復訓練室面積				m ²	m ² 以上				
	デイルームと面会室の合計面積				m ²	m ² 以上				
主 な 事 項	利用料		法定代理受領分(一割負担分)							
			法定代理受領分以外							
	その他の費用									
	通常の送迎の実施地域									
添付書類		別添のとおり								

備考

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 「指定申請に係る施設部分の入院患者又は入所者の定員」欄は、当該施設のうち、短期入所療養介護に供する部分の定員について記載すること。
- 5 介護老人保健施設、介護療養型医療施設が行うものについては、法第 72 条第 1 項の規定により、指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
- 6 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所・施設の名称

番 号	添 付 書 類	申請する事業・施設の種類						備考
		短期 生活	介護 予防					
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	病院・診療所、薬局の使用許可証等の写							
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表							
4	精神保健福祉士に準ずる者の経歴							
5	事業所の平面図							
6	事業所の部屋別施設一覧表							
7	事業所の設備等に係る一覧表							
8	運営規程							
9	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要							
10	法第 70 条第 2 項各号（又は法第 115 条の 2 第 2 項各号）に該当しないことを誓約する書面							
11	役員の氏名等							

備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表 10 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市									
	連絡先	電話番号					FAX 番号				
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
施設区分 (該当部分に○)	有料老人ホーム			施設開設年月日	年 月 日						
	軽費老人ホーム										
	高齢者専用賃貸住宅										
	養護老人ホーム										
入居者の要件 (該当部分に○)	介護専用型										
	介護専用型以外										
サービスの提供形態 (該当部分に○)	一般型										
	外部サービス利用型										
管理者	フリガナ					(郵便番号 ー)					
	氏名					住所					
	生年月日										
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合記入)										
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	名称										
	兼務する職種及び勤務時間等										
利用者数		人 (前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)									
従業者の職種・員数		要介護者		人		要支援者		人			
		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員	計画作成担当者					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	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	入居定員	人									
	居室数										
	利用料	法定代理受領分 (一割負担分)									
		法定代理受領分以外									
その他の費用											
療 協 機 力 関 医	名称					主な診療科名					
	名称					主な診療科名					
	名称					主な診療科名					
造 建 概 物 要 構	耐火建築物、準耐火建築物その他の別										
	介護居室の1室の最大定員						基準上の必要数値		適合の可否		
			人				人以下				
添付書類		別添のとおり									

- 備考
- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 「協力医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載ください。
 - 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所・施設の名称

番号	添付書類	申請する事業・施設の種類						備考
		特定施設	介護予防					
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表							
3	事業所の管理者の経歴							
4	事業所の平面図							
5	事業所の部屋別施設一覧表							
6	事業所の設備等に係る一覧表							
7	運営規程							
8	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要							
9	当該申請に係る資産の状況							
10	協力医療機関・協力歯科医療機関との契約の内容							
11	法第70条第2項各号（又は法第115条の2第2項各号）に該当しないことを誓約する書面							
12	役員の氏名等							
13	介護支援専門員の氏名及びその登録番号							

備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表 11 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業所の指定に係る記載事項

		受付番号		
事業所	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号) 県 郡市		
	連絡先	電話番号		FAX 番号
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			(郵便番号)
	氏名			
	生年月日		住所	
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）			
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務（兼務の場合記入）	名称		
		兼務する職種 及び勤務時間等		
従業者の職種・員数			専門相談員	
			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			
	営業時間			
	取り扱う種目			
	利用料	法定代理受領分（一割負担分）		
		法定代理受領分以外		
	その他の費用			
	通常の事業実施地域			
添付書類		別添のとおり		

- 備考
- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 4 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所・施設の名称

番号	添付書類	申請する事業・施設の種類						備考
		福祉用具	介護予防					
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表							
3	事業所の管理者の経歴							
4	事業所の平面図（備品概要を含む）							
5	運営規程							
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要							
7	当該申請に係る資産の状況							
8	福祉用具の保管及び消毒の方法							
9	法第 70 条第 2 項各号（又は法第 115 条の 2 第 2 項各号）に該当しないことを誓約する書面							
10	役員の氏名等							

備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表 12 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

受付番号

事業所	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市		
	連絡先	電話番号		FAX 番号
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			(郵便番号 -)
	氏名			
	生年月日		住所	
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）			
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務（兼務の場合記入）	名称		
	兼務する職種 及び勤務時間等			
従業者の職種・員数			専門相談員	
			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			
	営業時間			
	取り扱う種目			
	販売費用の額			
	その他の費用			
	通常の事業実施地域			
添付書類		別添のとおり		

備考

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所・施設の名称

番号	添付書類	申請する事業・施設の種類						備考
		用具 販売	介護 予防					
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表							
3	事業所の管理者の経歴							
4	事業所の平面図（備品概要を含む）							
5	運営規程							
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要							
7	当該申請に係る資産の状況							
8	法第 70 条第 2 項各号（又は法第 115 条の 2 第 2 項各号）に該当しないことを誓約する書面							
9	役員の氏名等							

備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表 13 指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項

		受付番号				
事業所	フリガナ					
	名 称					
	所在地	(郵便番号 -) 県 都市				
	連絡先	電話番号			FAX 番号	
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			(郵便番号 -)		
	氏名					
	生年月日			住所		
	当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無					有・無
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務（兼務の場合記入）	名称				
		兼務する職種 及び勤務時間等				
事業開始時の利用者の予定数		人				
従業者の職種・員数（人）		介護支援専門員				
		専 従		兼 務		
常 勤（人）						
非常勤（人）						
主な 掲 示 事	営業日					
	営業時間					
	利用料	法定代理受領分以外				
	その他の費用					
	通常の事業実施地域					
添付書類		別添のとおり				

- 備考
- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 4 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
 - 5 当該指定居宅介護支援以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅介護支援サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所・施設の名称

番号	添 付 書 類	申請する事業・施設の種類						備 考
		居 宅 支 援						
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表							
3	事業所の管理者の経歴							
4	事業所の平面図							
5	運営規程							
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要							
7	当該申請に係る資産の状況							
8	関係市町村並びに他の保険医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容							
9	法第 79 条第 2 項各号に該当しないことを誓約する書面							
10	役員の氏名等							
11	介護支援専門員の氏名及びその登録番号							

備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表 14 介護老人福祉施設の指定に係る記載事項

受付番号

施設	フリガナ												
	名 称												
	所在地	(郵便番号 ー) 県 都市											
	連絡先	電話番号					FAX 番号						
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					(郵便番号 ー)							
	氏名												
	生年月日					住所							
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称			兼務する職種								
短期入所生活介護の有無		有 ・ 無		事業の実施形態				空床型 ・ 併設型					
入所者数		人 (推定数を記入)				短期入所利用者数				人 (推定数を記入)			
従業者の職種・員数		医 師		生活相談員		介護職員		看護職員					
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務					
介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数		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													
		栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員等							
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務							
介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数		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													
設備基準上の数値記載項目等		介護老人福祉施設				短期入所生活介護							
		基準上の必要値		適合の可否		基準上の必要値		適合の可否					
居 室	1室あたりの最大定員	人		人以下		人		人以下					
	利用者1人あたりの最小床面積	㎡		㎡		㎡		㎡					
食堂	と機能訓練室の合計面積	㎡		㎡		㎡		㎡					
廊 下	片廊下の幅	m		m		m		m					
	中廊下の幅	m		m		m		m					
主な揭示事項													
入所(利用)定員		人											
利用料	法定代理受領分(一割負担分)												
	法定代理受領分以外												
添付書類		別添のとおり											

- 備考
- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 本様式は、法施行後に新たに設置された介護老人福祉施設が申請を行う場合について使用してください。
 - 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態(空床型・併設型の別)」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方に○を付してください。
 - 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の主な揭示事項、設備基準上の数値記載項目等欄については、記載を要しません。
 - 「※兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記載してください。
 - 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記してください。
 - 当該介護老人福祉施設以外のサービスを実施する場合には、当該指定介護福祉施設サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所・施設の名称

番号	添 付 書 類	申請する事業・施設の種類						備 考
		福祉 施設						
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	特養の許可証等の写							
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表							
4	事業所の管理者の経歴							
5	事業所の平面図							
6	施設の部屋別一覧表							
7	施設の設備等に係る一覧表							
8	併設する施設の概要							
9	施設の共用の場合の利用計画							
10	敷地の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図（公図）							
11	運営規程							
12	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要							
13	協力医療機関との契約の内容							
14	法第 86 条第 2 項各号に該当しないことを誓約する書面							
15	役員の氏名等							
16	介護支援専門員の氏名及びその登録番号							

備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

受付番号

施設	フリガナ									
	名 称									
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市								

	連絡先	電話番号				FAX 番号				
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				住所	(郵便番号 -)				
	氏 名									
	生年月日									
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		名称							
			兼務する職種	-----						
通所リハビリテーションの実施の有無			有 ・ 無		短期入所療養介護の実施の有無			有 ・ 無		
入所者の予定数		人		一日当たりの通所総利用者予定数			人			
従業者の職種・員数		医 師		薬剤師		看護職員		介護職員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
介護老人保健施設及び通所リハビリテーション従事人数	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										
		理学・作業療法士 言語聴覚士		栄養士		支援相談員		介護支援専門員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
介護老人保健施設及び通所リハビリテーション従事人数	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										

付表 15 介護老人保健施設の許可に係る記載事項（その2）

施設を共用する事業所等の名称(共用する場合記入)		カナ					
		名称					
設備基準上の数値記載項目				基準上の必要数値		適合の可否	
療養室	1室の最大定員		人	人以下			
	入所者1人あたり最大床面積		m ²	m ² 以上			
廊下	片廊下の幅		m	m以上			
	中廊下の幅		m	m以上			
機能訓練室面積			m ²	m ² 以上			
食堂面積			m ²	m ² 以上			
主な揭示	入所定員		人				
	利用料		法定代理受領分（一割分）				
			法定代理受領分以外				
	その他の費用						
通所リハビリテーションの状況							
従業者の職種・員数			理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	看護職員	介護職員
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							
専用の部屋等の面積						基準上の必要数値	適合の可否
			m ²			m ² 以上	
営業日		単位ごとの営業日					
営業時間 (単位毎の実施時間を明示)		① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)					
利用定員		人 (単位ごとの定員① 人、② 人、③ 人)					
利用料		法定代理受領分（一割分）					
		法定代理受領分以外					
その他の費用							
通常の事業実施地域							
協力医療機関	名称					主な診療科名	
	名称					主な診療科名	
	名称					主な診療科名	
	名称					主な診療科名	
添付書類		別添のとおり					

- 備考 1 「受付番号」「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 3 「主な提示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 4 従業者の員数については、総数を記載してください。
 - 5 通所リハビリテーションを実施していない施設については、通所リハビリテーションの状況欄は記載を要しません。
 - 6 当該介護保健施設サービス以外のサービスを実施する場合には、当該介護保健施設サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所・施設の名称

番号	添 付 書 類	申請する事業・施設の種類						備 考
		福祉 施設						
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表							
3	事業所の平面図（備品概要を含む場合「◎」）							
4	事業所の部屋別一覧表							
5	施設の設備等に係る一覧表							
6	併設する施設の概要							
7	施設の共用の場合の利用計画							
8	敷地の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図（公図）							
9	運営規程							
10	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要							
11	サービス提供実施単位一覧表							
12	協力医療機関との契約の内容							
13	法第 94 条第 3 項各号に該当しないことを誓約する書面							
14	役員の氏名等							
15	介護支援専門員の氏名及びその登録番号							

備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表 16-1 介護療養型医療施設の指定に係る記載事項（病院による場合）（その１）

										受付番号			
施設	フリガナ												
	名 称												
	所在地		(郵便番号 -) 県 郡市										
	連絡先		電話番号				FAX 番号						
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	
病院の開設年月日													
管 理 者	フリガナ						(郵便番号 -)						
	氏名												
	生年月日				住所								
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)				名称		兼務する職種						
施設類型			当該病棟の 病床数		左のうち申請 する病床数		当該病棟の 平均入院患者数		完全型 転換型 (該当する方に○)				
①療養病床を有する病棟													
②老人性認知症患者療養病床を有する病棟													
合 計													
当該病棟（全体として）の 従業者の職種・員数（①）			看護職員		介護職員		理学・作業療法士		介護支援専門員等				
			専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		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													
当該病棟（全体として）の 従業者の職種・員数（②）			看護職員		介護職員		作業療法士等		精神保健福祉士等		介護支援専門員等		
			専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		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													

付表 16-1 介護療養型医療施設の指定に係る記載事項（病院による場合）（その2）

当該病棟（全体として）の設備基準上の数値記載項目				基準上の必要数値	適合の可否
①	病室	1室の最大病床数	床	床以上	
		入院患者1人当たり最小床面積	m ²	m ² 以上	
	機能訓練室		m ²	m ² 以上	
	廊下	片廊下の幅	m	m以上	
		中廊下の幅	m	m以上	
食堂面積		m ²	m ² 以上		
②	病室	1室の最大病床数	床	床以下	
		入院患者1人当たり最小床面積	m ²	m ² 以上	
	当該病棟の用に供される部分の床面積		m ²	m ² 以上	
	廊下	片廊下の幅	m	m以上	
		中廊下の幅	m	m以上	
	生活機能回復訓練室		m ²	m ² 以上	
	デイルーム及び面会室の合計面積		m ²	m ² 以上	
	食堂面積（デイルームを使用する場合はその面積）		m ²	m ² 以上	
③	病室	入院患者1人当たり最小床面積	m ²	m ² 以上	
	廊下	片廊下の幅	m	m以上	
		中廊下の幅	m	m以上	
主な揭示事項			①	②	③
入院患者の定員					
利用料	法定代理受領分（一割負担分）				
	法定代理受領分以外				
その他の費用					
添付書類			別添のとおり		

- 備考
- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 4 従業者の職種・員数、設備基準上の数値記載項目、主な揭示事項は、申請する施設類型ごとに記載してください。また、同種で複数の病棟で申請を行う場合は、病床数、従業者の職種・員数、設備基準上の数値記載項目、主な揭示事項については、病棟ごとに記載してください。
 - 5 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。
 - 6 当該指定介護療養型医療施設サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定介護療養型医療施設サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

						受付番号			
施設 設	フリガナ								
	名 称								
	所在地	(郵便番号 -) 県 都市							

	連絡先	電話番号				FAX 番号			
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
診療所の開設年月日									
管 理 者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏 名								
	生年月日								
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）								
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 （兼務の場合のみ記入）		名称						
			兼務する職種						
全病床数		療養病床の病床数		左のうち申請する 病床数		療養病床の 平均入院患者数		完全型	転換型
入院患者に対する看護・介護に従事 している従業者の職種・員数				看護職員		介護職員		介護支援専門員等	
				専従	兼務	専従	兼務	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					
当該病棟（全体として）の設備基準上の数値記載項目						基準上の必要数値		適合の可否	
病 室	1室の最大病床数				床	床以上			
	入院患者1人当たり最小床面積				m ²	m ² 以上			
廊 下	片廊下の幅								
	中廊下の幅				m	m以上			
食堂面積				m ²	m ² 以上				
主な揭示事項									
入院患者の定員									
利用料	法定代理受領分（一割負担分）								
	法定代理受領分以外								
その他の費用				別添のとおり					

- | | |
|----|--|
| 備考 | <p>1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。</p> <p>2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。</p> <p>3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。</p> <p>4 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。</p> <p>5 当該指定介護療養型医療施設サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定介護療養型医療施設サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。</p> |
|----|--|

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる施設の名称

番号	添 付 書 類	申請する事業・施設の種類						備 考
		療養 医療						
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	病院・診療所の使用許可証等の写							
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表							
4	精神保健福祉士に準ずる者の経歴							
5	事業所の平面図（備品概要を含む場合「◎」）							
6	事業所の部屋別施設一覧表							
7	事業所の設備等に係る一覧表							
8	併設する施設の概要							
9	運営規程							
10	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要							
11	法第 107 条第 3 項各号に該当しないことを誓約する書面							
12	役員の氏名等							
13	介護支援専門員の氏名及びその登録番号							

備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

(参考(第1号様式関係))

指定(許可)申請に係る添付書類一覧(チェック用)

番 号	添 付 す べ き 書 類	訪問 介護 (予防) ①	訪問 入浴 (予防) ②	訪問 看護 (予防) ③	訪問 リハ (予防) ④	居宅 療養 (予防) ⑤	通所 介護 (予防) ⑥	通所 リハ (予防) ⑦	短期 生活 (予防) ⑧	短期 療養 (予防) ⑨	特定 施設 (予防) ⑩	用具 貸与 (予防) ⑪	用具 販売 (予防) ⑫	居宅 支援 ⑬	福祉 施設 ⑭	老健 施設 ⑮	療養 医療 ⑯	参考様式の 有無	
			みなし指定の対象	病院・ 診療所、 現存事業	病院・ 診療所	病・診・ 薬局		老健 病院・ 診療所		老健・ 介護療養 型					現存 特養	現存 老健			
1	申請者の定款、寄附行為及びその登記簿謄本又は条列等	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
2	病院・診療所の使用許可証等の写			△	△	△		△		△								○	
3	薬局の開設許可証の写					△													
4	介護老人保健施設の開設許可証の写							△		△									
5	特別養護老人ホームの認可証等の写								△						○				
6	訪問看護ステーションの開設許可証の写					△													
7	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	○	※	○	○		参考様式1
8	訪問看護ステーション管理者の免許証の写			▲															
9	管理者の経歴	○	○				○		○		○	○	○	○	※				参考様式2
10	サービス提供責任者の経歴	○																	参考様式2
11	経験看護師等の経歴							○											参考様式2
12	精神保健福祉士に準ずる者の経歴									○							○		参考様式2
13	平面図	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	☆	○	○		参考様式3
14	居室面積等一覧表								○	○	○				☆	○	○		参考様式4
15	設備・備品等一覧表		○				○	○	○	○	○	○	○		☆	○	○		参考様式5
16	併設する施設の概要														○	○	○		
17	施設を共用する場合の利用計画														☆	○			
18	施設の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図(公図)															○			
19	運営規程	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
20	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
21	サービス提供実施単位一覧表						○	○											参考様式7
22	当該申請に係る資産の状況	○	○	▲			○		▲		○	○	○	○					
23	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容		○						○		○				※	○			
24	関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容													○					
25	福祉用具の保管及び消毒の方法(他に委託する場合はその状況)											○							
26	受託居宅サービス事業者が事業を行う事業所の名称等並びに当該事業者の名称等										○								参考様式8
27	誓約書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		参考様式9-1
28	役員の氏名、生年月日及び住所	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		参考様式9-2
29	介護支援専門員の氏名及びその登録番号										○			○	○	○	○		参考様式10

備考1「△」を付した欄の添付書類は、次のような取扱いになります。

(1) ③、④、⑦、⑨の2は、病院・診療所において行う場合添付してください。この場合、③の8及び22を添付する必要はありません。

(2) ⑤の2は病院・診療所において、⑤の3は薬局において、⑤の6は訪問看護ステーションにおいて行う場合添付してください。

(3) ⑦及び⑨の4は、老人保健施設において行う場合添付してください。

(4) ⑧の5は、特別養護老人ホームにおいて行う場合のみ添付してください。この場合、22の書類は添付する必要はありません。

2「※」を付した欄の添付書類は、必要に応じて添付してください。

3「☆」を付した欄の添付書類は、老人福祉法に基づく届出により確認ができる場合は不要です。

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

)

)

備考 1 *欄には、当該月の曜日を記入してください。

2 申請する事業に係る従業者全員(管理者を含む。)について、4週間分の勤務すべき時間数を記入してください。勤務時間後とあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し、その番号を記入してください。
(記載例1ー勤務時間 ①8:30~17:00、②16:30~1:00、③0:30~9:00、④休日)
(記載例2ーサービス提供時間 a 9:00~12:00、b 13:00~16:00、c 10:30~13:30、d 14:30~17:30、e 休日)

3 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B~Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。
勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務

4 常勤換算が必要な職種は、A~Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。

5 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

6 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。

7 各事業所・施設において使用している勤務割表等(既に事業を実施しているときは直近月の実績)により、職種、勤務形態、氏名及び当該業務の勤務時間が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。

(参考様式2)

〇〇〇 経 歴 書

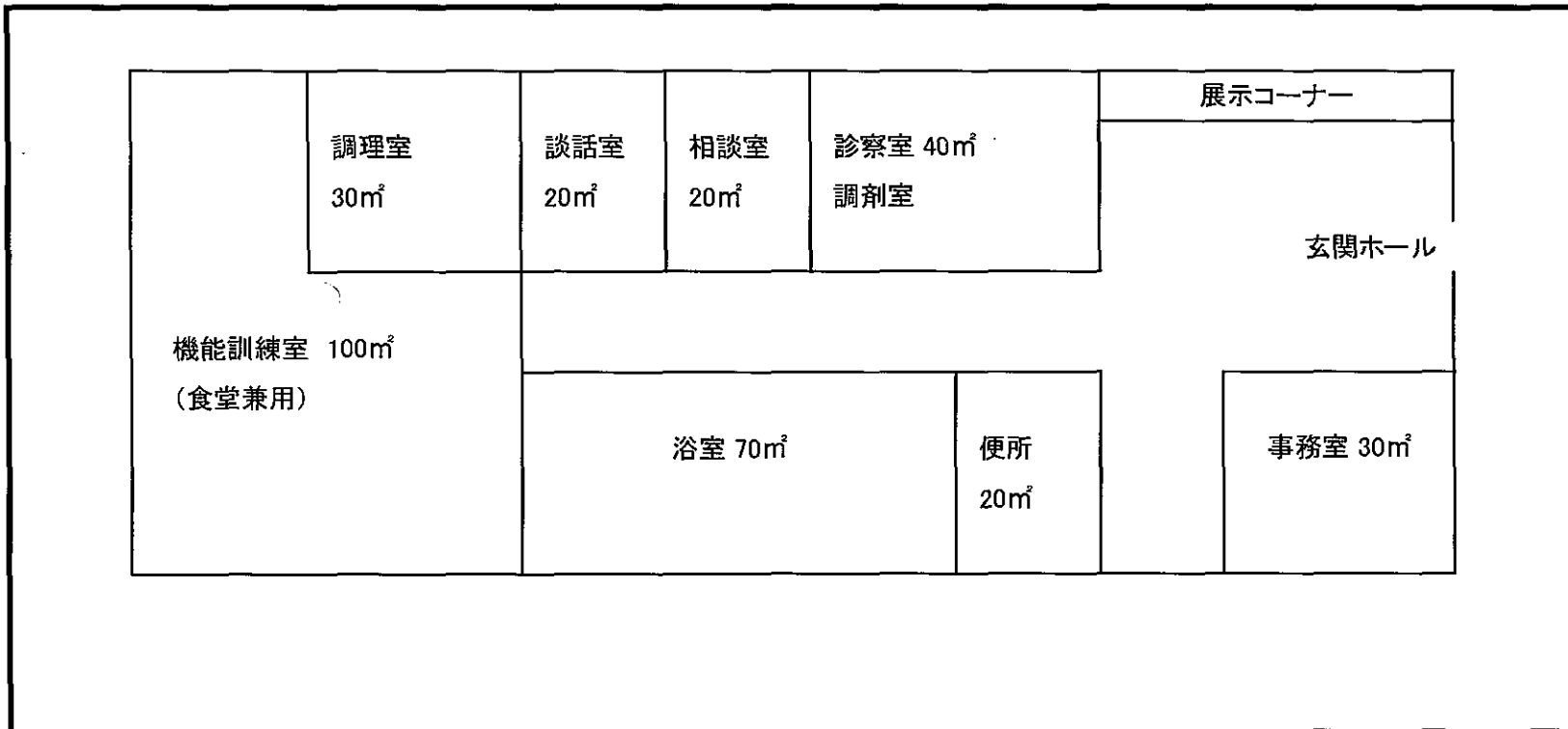
事業所又は施設の名称		
カナ		
氏名		生年月日 年 月 日
住所	(郵便番号 ー)	
電話番号		
主 な 職 歴 等		
年 月 ~ 年 月	勤 務 先 等	職 務 内 容
職務に関連する資格		
資格の種類	資格取得年月	
備考(研修等の受講の状況等)		

- 備考1 「〇〇〇」には、「管理者」、「サービス提供責任者」又は「経験看護師等」と記入してください。
- 2 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。
- 3 当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。
- 4 サービス提供責任者の「主な職歴等」欄及び「職務に関連する資格」欄に係る記載については、次の書類を提出することで省略して差し支えありません。
- (1) 介護福祉士の場合、「介護福祉士登録証」
 - (2) 介護職員基礎研修課程修了者及び訪問介護に関する1級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」
 - (3) 訪問介護に関する2級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」及び「3年以上介護等の業務に従事したことがわかる書類」

(参考様式3)

平面図

事業所・施設の名称	
-----------	--



備考 1 各室の用途及び面積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。

(参考様式4)
居室面積一覧表

サービス種類()
事業所・施設名()

設置階		()階			()階			()階			合計	
部屋の種類		室数	面積	備考	室数	面積	備考	室数	面積	備考	室数	面積
(居室・療養室)	1室の 定員		()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
片廊下の幅			m			m			m			
中廊下の幅			m			m			m			
共用する施設・事業所名()												

- 備考
- 1 設備基準で定められた部屋について、設置階ごとに記入してください。
 - 2 居室・療養室については、「1室の定員」ごとに分けて記入してください。また同じ定員でも、面積の異なる部屋がある場合は、さらにそれぞれの部屋ごとに分けて記入してください。
 - 3 「1人当たり面積」の算出が必要な設備は、面積欄の()内に記入してください。(算出にあたって、小数点以下第2位を切り捨ててください。)
 - 4 部屋の種類ごとにまとめて、合計の室数・面積を記入してください。
 - 5 他の事業所又は施設と共用している場合は、「備考欄」に「共用」と記入し、「共用する事務所・施設名」欄に正式名称を記入し、共用先の当該部分の平面図を添付してください。
 - 6 同一の事業所又は施設の他の部屋と兼用している場合は、「備考欄」に「〇〇室と兼用」と記入してください。
 - 7 設置階数が様式の欄を超える場合は、複数枚に分けて記入し、まとめて提出してください。

(参考様式5)

設備・備品等一覧表

サービス種類 ()
事業所名・施設名 ()

部屋・設備の種類	設備基準上適合すべき項目についての状況	適合の可否
サービス提供上配慮すべき設備の概要		
非常災害設備等		
備品の目録	備品の品名及び数量	

備考 1 申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。

2 必要に応じて写真等を添付し、その旨を併せて記載してください。

3 「適合の可否」の欄には、何も記載しないでください。

(参考様式6)

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	
申請するサービス種類	

措 置 の 概 要
1 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置
2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順
3 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等（居宅介護支援事業者の場合記入）
4 その他参考事項

備考 上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。

(参考様式 7)

サービス提供実施単位一覧表

(記載例)

曜日 時間	月	火	水	木	金	土	日
	(例)	(例)					
9:00	(20 人)	(10 人)					
12:00		(10 人)					
15:00	(20 人)	(10 人)					
18:00		(10 人)					
21:00							
0:00							

- 備考 1 曜日ごとにサービス提供単位の状況を記載してください。また、サービス提供単位ごとの利用定員を記載してください。
- 2 各事業所・施設において使用している勤務割表等（既に事業を実施しているときは直近月の実績）により、サービス提供単位及びサービス提供単位ごとの利用定員が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。

(参考様式 8-1)

受託居宅サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地

サービス	事業者		事業所	
	フリガナ 名称	所在地	フリガナ 名称	所在地
指定訪問 介護				
指定訪問 入浴介護				
指定訪問 看護				
指定訪問 リハビリ テーショ ン				
指定通所 介護				
指定通所 リハビリ テーショ ン				
指定福祉 用具貸与				
指定認知 症対応型 通所介護				

備考

- 1 訪問介護、訪問看護、通所介護については必ず記入してください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

(参考様式 8-2)

受託居宅サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地
(指定介護予防サービス事業者)

サービス	事業者		事業所	
	フリガナ 名称	所在地	フリガナ 名称	所在地
指定訪問 介護				
指定訪問 入浴介護				
指定訪問 看護				
指定訪問 リハビリ テーショ ン				
指定通所 介護				
指定通所 リハビリ テーショ ン				
指定福祉 用具貸与				
指定認知 症対応型 通所介護				

備考

- 1 訪問介護、訪問看護、通所介護については必ず記入してください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

年 月 日

知事 殿

申請者 住所

氏名 (法人にあっては名称及び代表者名)

印

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。(但し、申請者が法人である場合は、その役員等が下記の第四号から第六号まで又は第七号から第九号までに該当しないこと又は申請者が法人でない病院等である場合は、その管理者が下記の第四号から第六号まで又は第七号から第九号までに該当しないことを誓約します。)

記

(介護保険法第70条第2項)

- 一 申請者が法人でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第七十四条第一項の厚生労働省令で定める基準及び同項の厚生労働省令で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第七十四条第二項に規定する指定居宅サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な居宅サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の二 申請者が、社会保険各法の定めるところにより納付義務を負う保険料、負担金又は掛金(地方税法の規定による国民健康保険税を含む。以下この号、第九十四条第三項第五号の二、第一百七条第三項第四号の二、第百十五条の二第二項第五号の二及び第二百三条第二項において「保険料等」という。)について、当該申請をした日の前日までに、これらの法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等のすべて(当該処分を受けた者が、当該処分に係る保険料等の納付義務を負うことを定める法律によって納付義務を負う保険料等に限る。第九十四条第三項第五号の二、第一百七条第三項第四号の二及び第百十五条の二第二項第五号の二において同じ。)を引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、第七十七条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定(特定施設入居者生活介護に係る指定を除く。)を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員(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者であるかを問わず、法人に対し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と同等以上の支配力を有するものと認められる者を含む。第五節及び第二百三条第二項において同じ。)又はその事業所を管理する者その他の政令で定める使用人(以下「役員等」という。)であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない病院等である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該病院等の管理者であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

六の二 申請者（特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、第七十七条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定（特定施設入居者生活介護に係る指定に限る。）を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者（当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該申請者の役員等であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

六の三 申請者と密接な関係を有する者（申請者（法人に限る。以下この号において同じ。）の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの（以下この号において「申請者の親会社等」という。）、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもののうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。以下この章において同じ。）が、第七十七条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

七 申請者が、第七十七条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第七十五条第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

七の二 申請者が、第七十六条第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第七十七条第一項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第七十五条第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

八 第七号に規定する期間内に第七十五条第二項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該届出に係る法人でない病院等（当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

九 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

十 申請者が、法人で、その役員等のうちに第四号から第六号まで又は第七号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

十一 申請者が、法人でない病院等で、その管理者が第四号から第六号まで又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。

年 月 日

知事 殿

申請者 住所

氏名 (法人にあつては名称及び代表者名)

印

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。(但し、申請者が法人である場合は、その役員等が下記の第四号から第六号まで又は第七号から第九号までに該当しないこと又は申請者が法人でない病院等である場合は、その管理者が下記の第四号から第六号まで又は第七号から第九号までに該当しないことを誓約します。)

記

(介護保険法第 115 条の 2 第 2 項)

- 一 申請者が法人でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第百十五条の四第一項の厚生労働省令で定める基準及び同項の厚生労働省令で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第百十五条の四第二項に規定する指定介護予防サービス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又は指定介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護予防サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の二 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等のすべてを引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、第百十五条の九第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定を除く。)を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員等であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない病院等である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該病院等の管理者であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 六の二 申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、第百十五条の九第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定に限る。)を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者(当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該申請者の役員等であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制

の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

六の三 申請者と密接な関係を有する者が、第百十五条の九第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

七 申請者が、第百十五条の九第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第百十五条の五第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

七の二 申請者が、第百十五条の七第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第百十五条の九第一項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第百十五条の五第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

八 第七号に規定する期間内に第百十五条の五第二項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該届出に係る法人でない病院等（当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

九 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

十 申請者が、法人で、その役員等のうちに第四号から第六号まで又は第七号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

十一 申請者が、法人でない病院等で、その管理者が第四号から第六号まで又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。

年 月 日

知事 殿

申請者 住所

氏名 (名称及び代表者名)

印

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。(役員等が下記の第八号に該当しないことを誓約します。)

記

(介護保険法第 79 条第 2 項)

- 一 申請者が法人でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の介護支援専門員の人員が、第八十一条第一項の厚生労働省令で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第八十一条第二項に規定する指定居宅介護支援の事業の運営に関する基準に従って適正な居宅介護支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 四の二 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等のすべてを引き続き滞納している者であるとき。
- 五 申請者が、第八十四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅介護支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅介護支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅介護支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 五の二 申請者と密接な関係を有する者が、第八十四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅介護支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅介護支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅介護支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 六 申請者が、第八十四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第八十二条第二項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 六の二 申請者が、第八十三条第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第八十四条第一項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第八十二条第二項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

- 七 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 八 申請者の役員等のうちに次のいずれかに該当する者があるとき。
- イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者
 - ロ 第四号又は前号に該当する者
 - ハ 保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等のすべてを引き続き滞納している者
 - ニ 第八十四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消された法人において、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内にその役員等であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないもの
 - ホ 第六号に規定する期間内に第八十二条第二項の規定による事業の廃止の届出をした法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）において、同号の通知の日前六十日以内にその役員等であった者で当該届出の日から起算して五年を経過しないもの

年 月 日

知事 殿

申請者 住所

氏名 (名称及び代表者名)

印

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。(役員又は施設の長が下記の第七号に該当しないことを誓約します。)

記

(介護保険法第 8 6 条第 2 項)

- 一 第八十八条第一項に規定する人員を有しないとき。
- 二 第八十八条第二項に規定する指定介護老人福祉施設の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護老人福祉施設の運営をすることができないと認められるとき。
- 三 当該特別養護老人ホームの開設者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 三の二 当該特別養護老人ホームの開設者が、健康保険法、地方公務員等共済組合法又は厚生年金保険法の定めるところにより納付義務を負う保険料、負担金又は掛金について、当該申請をした日の前日までに、これらの法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料、負担金又は掛金のすべて(当該処分を受けた者が、当該処分に係る保険料、負担金又は掛金の納付義務を負うことを定める法律によって納付義務を負う保険料、負担金又は掛金に限る。)を引き続き滞納している者であるとき。
- 四 当該特別養護老人ホームの開設者が、第九十二条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護老人福祉施設の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護老人福祉施設の開設者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護老人福祉施設の開設者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 五 当該特別養護老人ホームの開設者が、第九十二条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第九十一条の規定による指定の辞退をした者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 五の二 当該特別養護老人ホームの開設者が、第九十条第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第九十二条第一項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該特別養護老人ホームの開設者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第九十一条の規定による指定の辞退をした者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 六 当該特別養護老人ホームの開設者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 七 当該特別養護老人ホームの開設者の役員又はその長のうちに次のいずれかに該当する者があるとき。

- イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者
- ロ 第三号又は前号に該当する者
- ハ 保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等のすべてを引き続き滞納している者
- ニ 第九十二条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消された特別養護老人ホームにおいて、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内にその開設者の役員又はその長であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないもの
- ホ 第五号に規定する期間内に第九十一条の規定による指定の辞退をした特別養護老人ホーム（当該指定の辞退について相当の理由がある特別養護老人ホームを除く。）において、同号の通知の日前六十日以内にその開設者の役員又はその長であった者で当該指定の辞退の日から起算して五年を経過しないもの

年 月 日

知事 殿

申請者 住所

氏名 (法人にあつては名称及び代表者名)

印

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。(但し、申請者が法人である場合は、その役員等が下記の第四号から第九号までに該当しないこと又は申請者が法人でない場合は、その事業所を管理する者が下記の第四号から第九号までに該当しないことを誓約します。)

記

(介護保険法第94条第3項)

- 一 当該介護老人保健施設を開設しようとする者が、地方公共団体、医療法人、社会福祉法人その他厚生労働大臣が定める者でないとき。
- 二 当該介護老人保健施設が第九十七条第一項に規定する施設又は同条第二項に規定する人員を有しないとき。
- 三 第九十七条第三項に規定する介護老人保健施設の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護老人保健施設の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の二 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等のすべてを引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者が、第百四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により許可を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者(当該許可を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員又はその開設した介護老人保健施設を管理する者(以下「介護老人保健施設の管理者」という。)であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含み、当該許可を取り消された者が第一号の厚生労働大臣が定める者のうち法人でないものである場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該者の開設した介護老人保健施設の管理者であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該許可の取消しが、介護老人保健施設の許可の取消しのうち当該許可の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該介護老人保健施設の開設者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該介護老人保健施設の開設者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する許可の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 七 申請者が、第百四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定による許可の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第九十九条第二項の規定による廃止の届出をした者(当該廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 七の二 申請者が、第百条第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第百四条第一項の規定による許可の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査

が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第九十九条第二項の規定による廃止の届出をした者(当該廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

八 第七号に規定する期間内に第九十九条第二項の規定による廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人(当該廃止について相当の理由がある法人を除く。)の役員若しくはその開設した介護老人保健施設の管理者又は当該届出に係る第一号の厚生労働大臣が定める者のうち法人でないもの(当該廃止について相当の理由がある者を除く。)の開設した介護老人保健施設の管理者であった者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

九 申請者が、許可の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

十 申請者が、法人で、その役員等のうちに第四号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

十一 申請者が、第一号の厚生労働大臣が定める者のうち法人でないもので、その事業所を管理する者その他の政令で定める使用人のうちに第四号から第九号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

年 月 日

〇〇都道府県知事 殿

申請者 住所

氏名 (法人にあつては名称及び代表者名)

印

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。(但し、申請者が法人である場合は、その役員等が下記の第三号から第八号までに該当しないこと又は申請者が法人でない病院等である場合は、その管理者が下記の第三号から第八号までに該当しないことを誓約します。)

記

(介護保険法第107条第3項)

- 一 第一百十条第一項に規定する人員を有しないとき。
- 二 第一百十条第二項に規定する指定介護療養型医療施設の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護療養型医療施設の運営をすることができないと認められるとき。
- 三 当該療養病床病院等の開設者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 四 当該療養病床病院等の開設者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
四の二 当該療養病床病院等の開設者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等のすべてを引き続き滞納している者であるとき。
- 五 当該療養病床病院等の開設者が、第百十四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員又はその開設した療養病床病院等の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない療養病床病院等である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該療養病床病院等の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護療養型医療施設の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護療養型医療施設の開設者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護療養型医療施設の開設者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 六 当該療養病床病院等の開設者が、第百十四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があつた日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第百十三条の規定による指定の辞退をした者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
六の二 当該療養病床病院等の開設者が、第百十二条第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第百十四条第一項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該療養病床病院等の開設者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通じた場合における当該特定の日をいう。)までの間に第百十三条の規定による指定の辞退をした者(当該指定

の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

七 第六号に規定する期間内に第百十三条の規定による指定の辞退があった場合において、当該療養病床病院等の開設者が、同号の通知の日前六十日以内に当該指定の辞退に係る法人（当該指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。）の役員若しくはその開設した療養病床病院等の管理者又は当該指定の辞退に係る法人でない療養病床病院等（当該指定の辞退について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者で、当該指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

八 当該療養病床病院等の開設者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

九 当該療養病床病院等の開設者が、法人で、その役員又は当該療養病床病院等の管理者のうちに第三号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

十 当該療養病床病院等の開設者が、法人でない療養病床病院等で、その管理者が第三号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。

(参考様式 9 - 2)

役員名簿（申請者が法人）			
氏 名 (ふりがな)	生 年 月 日	住 所 (ふりがな)	押印
	役職名・呼称	TEL FAX	

備考 1 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者であるかを問わず、法人に対し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と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）

2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

(参考様式 10)

当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

[illegible]

指定居宅サービス事業所
 指定介護予防サービス事業所
 指定居宅介護支援事業所 指定（許可）更新申請書
 介護保険施設

年 月 日

知事 殿

所在地
 申請者
 名 称

印

介護保険法に規定する事業所（施設）に係る指定（許可）更新を受けたいので、下記のとおり、
 関係書類を添えて申請します。

		事業所所在地市町村番号				
申 請 者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 ー) 県 都市				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
	法人の種類別	法人所轄庁				
	代表者の職・氏名・生 年月日	職名		フリガナ 氏名	生年月日	
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 都市				
(ビルの名称等)						
事 業 所	フリガナ 名称					
	所在地	(郵便番号 ー)				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき					
	フリガナ 名称					
	所在地	(郵便番号 ー)				
連絡先	電話番号		FAX 番号			
管理者の氏名、生年月日、 住所及び経歴		フリガナ 氏名		生年月日	経歴別添のとおり	
事業等の種類						
現に受けている指定の有効期間満了日						
役員の氏名、生年月日及び住所				別添のとおり		
法第七十条の二第四項で準用する法第七十条第二項各号(※)に該当しないことを誓約する書面				別添のとおり		
介護支援専門員の氏名及びその登録番号				別添のとおり		

備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

2 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。

3 ※ サービスの種類により根拠条文が異なります。

指定居宅サービス事業所	法第七十条の二第四項で準用する法第七十条第二項各号
指定介護予防サービス事業所	法百十五条の十により準用される法百十五条の二第二項各号
指定居宅介護支援事業所	法第七十九条の二第四項で準用する法第七十九条第二項各号
指定介護老人福祉施設	法第八十六条の二第四項で準用する法第八十六条第二項各号
介護老人保健施設	法第九十四条の二第四項で準用する法第九十四条第三項各号
介護療養型医療施設	法百七条の二第四項で準用する法百七条第三項各号

第2号様式（第3条関係）

指定を不要とする旨の申出書

年 月 日

知事 殿

住所
開設者（所在地）
氏名
（名称及び代表者氏名）

印

次のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。

開設者	名称
	施設種別
	所在地
管理者	氏名
	住所
申出に係る居宅サービスの種類	1. 訪問看護 2. 介護予防訪問看護 3. 訪問リハビリテーション 4. 介護予防訪問リハビリテーション 5. 居宅療養管理指導 6. 介護予防居宅療養管理指導 7. 通所リハビリテーション 8. 介護予防通所リハビリテーション 9. 短期入所療養介護 10. 介護予防短期入所療養介護

備考 申出を行う居宅サービスについて○印を付してください。

第3号様式（第4条第1項関係）

変 更 届 出 書

年 月 日

知事 殿

住所
事業（開設）者（所在地）
氏名
（名称及び代表者氏名）

印

次のとおり指定（許可）を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		介護保険事業所番号									
指定内容を変更した事業所（施設）		名称									
		所在地									
サ ー ビ ス の 種 類											
変 更 が あ っ た 事 項		変 更 の 内 容									
1	事業所（施設）の名称	(変更前)									
2	事業所（施設）の所在地										
3	事業（開設）者の名称・主たる事務所の所在地										
4	代表者の職・氏名、生年月日及び住所										
5	定款・寄附行為及びその登記事項証明書・条例等 （当該事業に関するものに限る。）										
6	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等										
7	備品（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業）										
8	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所 （介護老人保健施設を除く。）										
9	サービス提供責任者の氏名及び住所等										
10	運営規程										
11	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関										
12	事業所の種別										
13	提供する居宅療養管理指導の種類										
14	事業実施形態 （単独型、本体施設が特別養護老人ホームの場合の 空床利用型・併設型の別）										
15	入院患者又は入所者の定員										
16	福祉用具の保管・消毒方法 （委託している場合にあっては、委託先の状況）										
17	併設施設の状況等										
18	役員の氏名、生年月日及び住所										
19	介護支援専門員の氏名及びその登録番号										
変 更 年 月 日		平成 年 月 日									

備考1 該当項目番号に○を付してください。

2 変更内容が分かる書類を添付してください。

(参考(第3号様式関係))

指定(許可)申請に係る事項の変更に関する添付書類一覧(チェック用)

番号	サービスの種類 変更の届出が必要な書類	訪問 介護 (予防) ①	訪問 入浴 (予防) ②	訪問 看護 (予防) ③	訪問 リハ (予防) ④	居宅 療養 (予防) ⑤	通所 介護 (予防) ⑥	通所 リハ (予防) ⑦	短期 生活 (予防) ⑧	短期 療養 (予防) ⑨	特定 施設 (予防) ⑩	用具 貸与 (予防) ⑪	用具 販売 (予防) ⑫	居宅 支援 ⑬	福祉 施設 ⑭	老健 施設 ⑮	療養 医療 ⑯
1	事業所(施設)の名称	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	事業所(施設)の所在地	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	主たる事業所の所在地	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	代表者(開設者)の氏名、生年月日並びに住所及び職名	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	定款・寄附行為等及びその登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	事業所(施設)の建物の構造、専用区画等	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			○
7	備品		○														
8	事業所(施設)の管理者の氏名及び住所	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○
9	サービス提供責任者の氏名及び住所	○															
10	運営規程	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
11	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関		○						○		○					○	
12	事業所の種別			○	○	○		○		○							○
13	提供する居宅療養管理指導の種類					○											
14	事業実施形態 (単独型、本体施設が特別養護老人ホームの場合の空床利用型・併設型)								○								
15	入院患者又は入所者の定員								○	○							
16	福祉用具の保管・消毒方法(委託している場合にあっては、委託等の契約の内容)											○					
17	併設施設の状況等														○	○	○
18	役員の氏名、生年月日及び住所	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
19	誓約書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
20	介護支援専門員の氏名及びその登録番号										○			○	○	○	○

備考 変更の状況が分かる書類を添付してください。

第3号の2様式（第4条第1項関係）

再開届出書

年 月 日

知事 殿

事業（開設）者 住所
（所在地）
氏名
（名称及び代表者氏名） 印

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号												
再開した事業所	名称												
	所在地												
再開した年月日	平成 年 月 日												

備考 事業の再開に係る届出にあっては、施行規則に定める当該事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

第4号様式（第4条第2項関係）

廃止・休止届出書

年 月 日

知事 殿

住所
事業（開設）者（所在地）
氏名
（名称及び代表者氏名） 印

次のとおり事業を廃止（休止）するので届け出ます。

	介護保険事業所番号												
廃止（休止）する事業所	名称												
	所在地												
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止												
廃止・休止する年月日	平成 年 月 日												
廃止・休止する理由													
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置													
休止予定期間	休止日～平成 年 月 日												

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

第5号様式（第5条関係）

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

知事 殿

住所
開設者（所在地）
氏名
（名称及び代表者氏名） 印

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業所番号												
指定を辞退する施設	名称												
	所在地												
指定を受けた年月日	平成	年		月		日							
指定を辞退する年月日	平成	年		月		日							
指定を辞退する理由													
現に施設に入所している者に対する措置													

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

第6号様式（第6条関係）

介護老人保健施設開設許可事項変更申請書

年 月 日

知事 殿

所在地
開設者 名 称
代表者氏名 印

次のとおり介護老人保健施設の開設許可事項の変更の許可を申請します。

		介護保険事業所番号									
申請に係る施設		名称									
		所在地									
開設許可年月日		平成		年		月		日			
変更年月日		平成		年		月		日			
変更事項		変更の内容									
1	敷地面積	(変更前)									
2	建物構造										
3	施設の共用の場合の利用計画										
4	運営規程（職種・員数・職務内容・入所定員の増加に関する部分に限る。）										
5	協力病院の変更	(変更後)									

- 備考 1 該当項目番号に○を付してください。
2 変更内容が分かる書類を添付してください。

第7号様式（第7条関係）

介護老人保健施設管理者承認申請書

年 月 日

知事 殿

所在地
開設者 名 称
代表者氏名 印

次のとおり介護老人保健施設の管理者の承認を申請します。

介護保険事業所番号													
申請に係る施設	名称												
	所在地												
管理者になろうとする者の氏名、 住所及び資格	氏名												
	住所												
	資格												
申請理由	1 新規開設のため 2 管理者の変更のため												

- 備考1 管理者になろうとする者の経歴等を添付してください。
- 2 「申請理由」欄については、該当項目番号に○を付してください。

第8号様式（第8条関係）

介護老人保健施設広告事項許可申請書

年 月 日

知事 殿

所在地
開設者 名 称
代表者氏名 印

次のとおり広告の許可を申請します。

	介護保険事業所番号													
許可を受けようとする 広告事項														
広告の内容														
広告の方法														

第9号様式（第9条関係）

指定介護療養型医療施設指定変更申請書

年 月 日

知事 殿

住所
開設者（所在地）
氏名
（名称及び代表者氏名） 印

次のとおり指定の変更を申請します。

		介護保険事業所番号																			
申請に係る施設		名称																			
		所在地																			
当該申請に係る施設の指定介護療養型医療施設の類型		1 療養病床を有する病院 2 療養病床を有する診療所 3 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院																			
入院患者の推定数 （申請に係る事業を行う部分に限る。）																					
入院患者の定員 （申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。）		（変更前）									（変更後）										

- 備考1 「当該申請に係る施設の指定介護療養型医療施設の類型」については、該当項目番号に○を付してください。
- 2 以下の書類を添付（当該申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。）してください。
- (1) 施設の使用許可証の写し
 - (2) 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要
 - (3) 当該申請に係る事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態

平成21年5月1日から 介護保険法が変わります

介護サービス事業者の皆様が、これまで以上に適切な事業の運営や、利用者の皆様へのサービスの確保を行うことができるよう、介護保険法等が改正されました。

1 業務管理体制の整備・届出

事業者は、業務管理体制を整備し、届出を行うことが必要となりました。

○ 整備すべき体制は、各事業者が運営する事業所等の数により異なります。

(業務管理体制整備の内容)

20未満	20以上100未満	100以上	業務執行の状況の監査
			法令遵守規程の整備
法令遵守責任者の選任	法令遵守責任者の選任	法令遵守責任者の選任	
20未満	20以上100未満	100以上	
指定又は許可を受けている事業所等の数(みなし事業所を除く)			

※同一事業所が、例えば訪問介護と介護予防訪問介護の指定を併せて受けている場合、事業所等の数は2と数えます。

○ 届出先は各事業者が運営する事業所等の所在地により異なります。

区 分	届 出 先
① 指定事業所又は施設が2以上の都道府県に所在する事業者	厚生労働大臣又は地方厚生局長
② 地域密着型サービス(介護予防含む)のみを行う事業者で、指定事業所が同一市町村内に所在する事業者	市町村長
③ ①及び②以外の事業者	都道府県知事

※①については、事業所等の所在地により届出先はつぎようになります。

- ・ 1つの地方厚生局の管轄区域にある場合 → 当該地方厚生局長
- ・ 2つの地方厚生局の管轄区域にまたがる場合 → 事業所等の数が多い地域を管轄する地方厚生局長
- ・ 3つ以上の地方厚生局の管轄区域にまたがる場合 → 厚生労働大臣(老健局介護保険指導室)

地方厚生局の管轄区域や届出先については厚生労働省のホームページをご覧ください。

<http://www.mhlw.go.jp/>

○ 届出は体制を整備した後、速やかに行っていただく必要がありますが、平成21年10月31日までの間は、同日までの届出でかまいません。

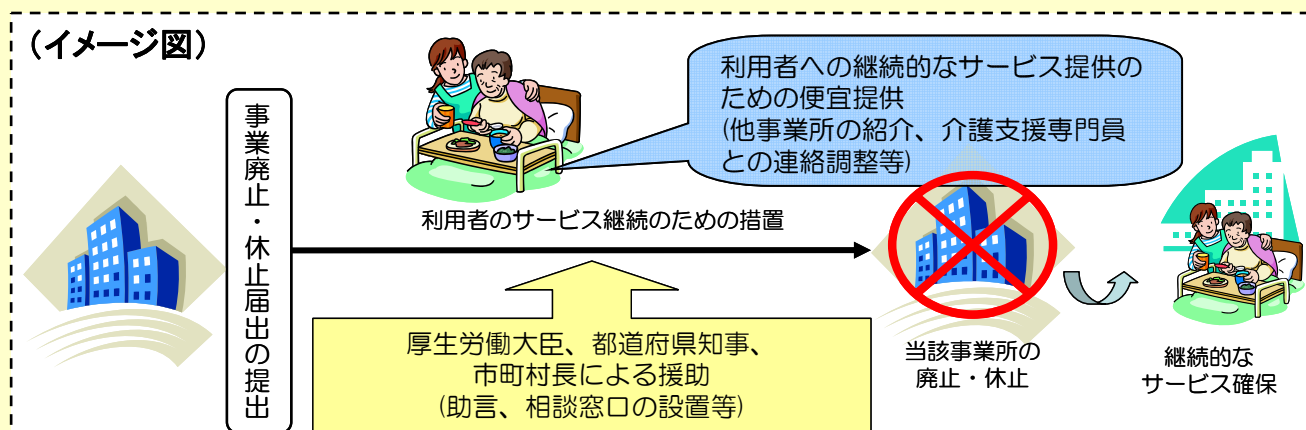
2 休止・廃止届が事前届出制に

- ① 休止・廃止の届出の時期が、これまでの「休止・廃止後10日以内」から、「休止・廃止予定日の1月前まで」に変わりました。
- ② 立入検査後、10日以内に指定権者が聴聞決定予定日を事業者へに通知した場合、聴聞決定予定日までに廃止の届出を行うと、指定・更新の欠格事由に該当することとなりました。

3 休止・廃止時の利用者へのサービス確保が義務化

休止・廃止時における利用者に対する継続的なサービス提供のための便宜提供が義務づけられました。

(この義務を果たさない場合、都道府県知事等は勧告・命令を行うことができます。)



4 指定の取り消しにおける連座制の見直し

- ① 取り消しの理由となった不正行為に、法人の組織的関与が確認された場合に連座制が適用されることとなりました。
- ② 指定・更新の欠格事由に、同一法人グループ等における密接な関係を有する法人が指定の取り消しを受けた場合が追加されました。
- ③ 連座制の適用範囲が、居宅・地域密着型サービスの場合、在宅系（例：訪問介護）と居住系（例：特定施設入居者生活介護）に分けられました。