

第1号様式

指定居宅サービス事業所
指定介護予防サービス事業所
介護保険施設

指定(許可)申請書

年 月 日

知事 殿 (名称)

申請者
(代表者の職名・氏名)

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。

- 1 指定居宅サービス事業所、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業所向け様式例

- ・第1号様式及び付表
- ・第2～10号様式
- ・添付書類一覧及び参考様式

申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号) 県 郡市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	代表者の職名・氏名・生年月日	Email				
		職名	フリガナ 氏 名		生年 月 日	
代表者の住所	(郵便番号) 県 郡市					
指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類の種類	同一所在地において行う事業等の種類	指定(許可)申請対象事業等 (該当事業に○)	既に指定(許可)を受けている事業等 (該当事業に○)	指定(許可)申請をする事業等の開始予定年月日	様 式	
	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	
	介護老人福祉施設				付表13	
	介護老人保健施設				付表14	
	介護医療院				付表15	
	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		
介護保険事業者番号		(既に指定又は許可を受けている場合)				
医療機関コード等		(保険医療機関として指定を受けている場合)				

* 裏面に記載に関しての備考があります。

備考 1 「指定(許可)申請対象事業等」「既に指定(許可)を受けている事業等」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
2 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。
3 既に居宅サービスまたは介護予防サービスのいずれか一方の指定をうけている事業者が、他方の居宅サービス又は介護予防サービス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」「当該申請に係わる事業の開始予定年月日」「当該申請に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「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 訪問介護事業所の指定に係る記載事項

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	
		Email		
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 ー)
	氏 名			
	生年月日			
	訪問介護員等との兼務の有無		☐ 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	-----	
○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		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)				
利用者の推定数(人)				
サービス提供責任者	フリガナ		住所	(郵便番号 ー)
	氏 名			
	フリガナ		住所	(郵便番号 ー)
	氏 名			
添付書類		別添のとおり		

(訪問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)

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	
		Email		

備考 1 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。
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 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

(別添)

付表 1 訪問介護事業所の指定に係る記載事項 添付書類

	添付書類	参考様式
1	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	参考様式1
3	サービス提供責任者の経歴	
4	平面図	参考様式2
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	参考様式4
7	誓約書	参考様式6

備考
3「サービス提供責任者の経歴」は、次の書類に代えることが可能です(通知「指定訪問介護事業者の指定申請等におけるサービス提供責任者の経歴に係る提出書類の取扱いについて」(平成20年7月29日老振発第0729002号))。
(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」

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

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	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 ー)	
	氏 名				
	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		
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		
○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		看護職員		介護職員	
常 勤(人)					
非常勤(人)					
利用者の推定数(人)					
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するか又は別様に記載した書類を添付してください。
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。

(別添)

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 添付書類

	添付書類	参考様式
1	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	参考様式1
3	平面図	参考様式2
4	設備・備品等一覧表	参考様式3
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	参考様式4
7	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容	
8	誓約書	参考様式6

付表 3 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

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		
		Email						
事業所種別		☐ 病院 ☐ 診療所 ☐ 訪問看護ステーション						
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)			
	氏 名							
	生年月日							
	※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					
○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		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	
常勤(人)								
非常勤(人)								
※常勤換算後の人数(人)								
添付書類		別添のとおり						

(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)

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		
		Email						

備考 1 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。
2 ※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。
3 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つたものとみなされるので、本申請の必要はありません。
4 管理者の兼務の状況については、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。
5 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

(別添)

付表 3 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 添付書類

	添付書類	参考様式
1	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	参考様式 1
4	訪問看護ステーション管理者の免許証の写	
5	平面図	参考様式 2
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	参考様式 4
8	誓約書	参考様式 6

備考
2「病院・診療所の使用許可証等の写」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、4「訪問看護ステーション管理者の免許証の写」を添付する必要はありません。

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

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 Email		FAX 番号	
事業所種別		☐ 病院 ☐ 診療所 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護医療院			
管理者	フリガナ	住所		(郵便番号 -)	
	氏 名				
	生年月日				
○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		理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	医師
常勤(人)					
非常勤(人)					
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するか又は別様に記載した書類を添付してください。
2 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。

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 添付書類

備考
2「病院・診療所の使用許可証等の写」は、病院・診療所において行う場合添付してください。

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 Email		FAX番号			
事業所種別		☐ 病院 ☐ 診療所 ☐ 薬局 居宅療養管理指導の種類 ☐ 医師又は歯科医師 ☐ 薬剤師 ☐ 歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師 ☐ 管理栄養士					
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号)		
	氏 名						
	生年月日						
○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		医師	歯科医師	薬剤師	歯科衛生士	管理栄養士	
常勤(人)							
非常勤(人)							
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するか又は別様に記載した書類を添付してください。

2 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若しくは保険薬局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。

3 「歯科衛生士」には、保健師、看護師、准看護師を含みます。

(別添)

付表5 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導事業所の指定に係る記載事項 添付書類

	添付書類	参考様式
1	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	薬局の開設許可証の写	
4	平面図	参考様式2
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	参考様式4
7	誓約書	参考様式6

備考
2「病院・診療所の使用許可証等の写」は、病院・診療所において行う場合添付してください。
3「薬局の開設許可証の写」は、薬局において行う場合添付してください。

付表 6 通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項

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			
	Email					
管理者	フリガナ	住所		(郵便番号 ー)		
	氏 名					
	生年月日					
	当該通所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(兼務の場合のみ記入)	名称				
		兼務する職種及び勤務時間等	-----			
○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		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員	
常 勤(人)						
非常勤(人)						
○設備に関する基準の確認に必要な事項						
食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡			
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	別添のとおり					

(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)

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			
	Email					
○設備に関する基準の確認に必要な事項						
食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡			
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 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。
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 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。
4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

(別添)

付表 6 通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項 添付書類

	添付書類	参考様式
1	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	参考様式1
3	平面図	参考様式2
4	設備・備品等一覧表	参考様式3
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	参考様式4
7	誓約書	参考様式6

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

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			
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 ー)		
	氏 名					
	生年月日					
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				
		介護老人保健施設				
		介護医療院				
○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		理学療法士	作業療法士	看護職員	介護職員	医師
常 勤(人)						
非常勤(人)						
○設備に関する基準の確認に必要な事項						
専用の部屋等の面積			㎡			
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	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するか又は別様に記載した書類を添付してください。
2 従業者の員数については、総数を記載してください。
3 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が行うものについては、法第71条第1項及び第 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場合は、本申請の必要はありません。

(別添)

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 添付書類

	添付書類	参考様式
1	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	介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可証の写	
4	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1
5	平面図	参考様式2
6	設備・備品等一覧表	参考様式3
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	参考様式4
9	誓約書	参考様式6

備考
2「病院・診療所の使用許可証等の写」は、病院・診療所において行う場合添付してください。
3「介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可証の写」は、老人保健施設又は介護医療院において行う場合添付してください。

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)

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						
		Email											
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 ー)						
	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			
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							
○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		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	兼務				
常 勤(人)													
非常勤(人)													
常勤換算後の人数(人)													
		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)													
○設備に関する基準の確認に必要な事項													
居 室	1室あたりの最大定員			人									
	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 片廊下の幅			m									
	下 中廊下の幅			m									
建物の構造		☐ 耐火建築物		☐ 準耐火建築物		☐ その他							
利用定員				人									
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するか又は別様に記載した書類を添付してください。
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。

(別添)

付表 8ー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 添付書類

	添付書類	参考様式
1	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	参考様式1
3	平面図	参考様式2
4	設備・備品等一覧表	参考様式3
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	参考様式4
7	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容	
8	誓約書	参考様式6

付表 8ー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・本体施設が特別養護老人ホームの場合の併設事業所型)

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						
管理者	フリガナ						住所	(郵便番号 ー)						
	氏 名													
	生年月日													
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業員との兼務(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		短期入所利用者数(併設型のみ)			人 (推定数を記入)					
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						
○人員に関する基準の確認に必要な事項														
従業員の職種・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	※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)										
常勤換算後の人数(人)														
				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)										
○設備に関する基準の確認に必要な事項														
居室	1室あたりの最大定員						人							
	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							
	中廊下の幅						m							
特別養護老人ホームの入所定員						人		短期入所利用定員		人				
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するか又は別様に記載した書類を添付してください。
2 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チェックをしてください。
3 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。
4 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。
5 従業員の職種・員数の「※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。
6 空床利用型の場合は、「設備に関する基準の確認に必要な事項」及び「短期入所利用定員」欄の記入は不要です。

(別添)

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 添付書類

	添付書類	参考様式
1	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	参考様式1
3	平面図	参考様式2
4	設備・備品等一覧表	参考様式3
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	参考様式4
7	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容	
8	誓約書	参考様式6

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
(空床利用型・本体施設が特別養護老人ホーム以外の場合の併設事業所型)

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					
管理者	フリガナ						住所	(郵便番号 ー)					
	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			兼務する職種及び勤務時間等	-----						
	本体施設の種別						短期入所利用者数		人(推定数を記入)				
	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							
○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		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	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)											
				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						
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)												
○設備に関する基準の確認に必要な事項													
居室	1室あたりの最大定員				人								
	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							
中廊下の幅				m									
建物の構造			☐ 耐火建築物		☐ 準耐火建築物		☐ その他						
本体施設の入所・入院定員					人		短期入所利用定員		人				
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するか又は別様に記載した書類を添付してください。
2 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。
3 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。

(別添)

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 添付書類

	添付書類	参考様式
1	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	参考様式1
3	平面図	参考様式2
4	設備・備品等一覧表	参考様式3
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	参考様式4
7	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容	
8	誓約書	参考様式6

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

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				
		Email									
事業所種別 (該当に○を記入)	①介護老人保健施設										
	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老人性認知症疾患療養病棟を有する病院										
	⑤②又は③に該当しない診療所										
	⑥介護医療院										
申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員											人
指定申請を行う老人性認知症疾患療養病棟の入院患者の推定数(上記④)に該当の場合記入)											人
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 ー)				
	氏 名										
	生年月日										
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数(上記④⑤に該当の場合記入)		担当医師	看護職員		介護職員		作業療法士		精神保健福祉士		
			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)											
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
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(上記④⑤に該当の場合記入)											
④	病 1 病室の病床数								床		
	室 入院患者1人あたり床面積								m ²		
	老人性痴呆疾患療養病棟の用に供される床面積								m ²		
	廊 片廊下の幅								m		
	下 中廊下の幅								m		
	生活機能回復訓練室面積								m ²		
	デイルームと面会室の合計面積								m ²		
	⑤ 入院患者1人あたり床面積								m ²		
	廊 片廊下の幅								m		
	下 中廊下の幅								m		
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するか又は別様に記載した書類を添付してください。
2 「申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員」欄は、当該施設等のうち、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。
3 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が行うものについては、法第71条第1項及び第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場合は、本申請の必要はありません。

34

	添付書類	参考様式
1	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	介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可証の写	
4	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1
5	平面図	参考様式2
6	設備・備品等一覧表	参考様式3
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	参考様式4
9	誓約書	参考様式6

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

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						
		Email										
施設区分 (該当に○)		有料老人ホーム				施設開設年月日		年 月 日				
		軽費老人ホーム										
		サービス付き高齢者向け住宅										
		養護老人ホーム										
入居者の要件 (該当に○)		介護専用型										
		介護専用型以外										
サービスの提供形態 (該当に○)		一般型										
		外部サービス利用型										
管理者	フリガナ				住所		(郵便番号)					
	氏 名											
	生年月日											
	当該事業所で業務する他の職種(業務の場合記入)											
同一敷地内の他の事業所又は施設		名称										
設の従業者との業務 (業務の場合記入)		業務する職種 及び勤務時間等										
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				
○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		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)												
○設備に関する基準の確認に必要な事項												
建物の構造		☐ 耐火建築物		☐ 準耐火建築物		☐ その他						
入居定員				人								
利用者数						人(前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)						
要介護者						人		要支援者		人		
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するか又は別様に記載した書類を添付してください。
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。

(別添)

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 添付書類

	添付書類	参考様式
1	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	参考様式1
3	平面図	参考様式2
4	設備・備品等一覧表	参考様式3
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	参考様式4
7	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容	
8	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	参考様式5
9	誓約書	参考様式6
10	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式7

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

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	
		Email				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 ー)	
	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(兼務の場合記入)		名称			
		兼務する職種及び勤務時間等				
○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		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)						
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するか又は別様に記載した書類を添付してください。
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。

(別添)

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 添付書類

	添付書類	参考様式
1	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	参考様式1
3	平面図	参考様式2
4	設備・備品等一覧表	参考様式3
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	参考様式4
7	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)	
8	誓約書	参考様式6

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

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	
		Email				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 ー)	
	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(兼務する場合記入)		名称			
			兼務する職種及び勤務時間等			
	○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業員の職種・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)						
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するか又は別様に記載した書類を添付してください。
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。

(別添)

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 添付書類

	添付書類	参考様式
1	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	参考様式1
3	平面図	参考様式2
4	設備・備品等一覧表	参考様式3
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	参考様式4
7	誓約書	参考様式6

付表 13 介護老人福祉施設の指定に係る記載事項

施設	フリガナ								
	名 称								
	所在地 (郵便番号 ー) 県 郡 市								
	連絡先	電話番号 Email	FAX 番号						
管 理 者	フリガナ		住所 (郵便番号 ー)						
	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					
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				
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						
○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		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者数		常 勤(人)							
常勤換算後の人数(人)									
		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者数		常 勤(人)							
常勤換算後の人数(人)		非常勤(人)							
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
		介護老人福祉施設				短期入所生活介護			
居 室	1室あたりの最大定員	人				人			
利用 者	利用者1人あたりの最小床面積	㎡				㎡			
食 堂	食堂と機能訓練室の合計面積	㎡				㎡			
廊 下	片廊下の幅	m				m			
	中廊下の幅	m				m			
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)	
入所定員		人							
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するか又は別様に記載した書類を添付してください。
2 「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チェックをしてください。
3 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設備に関する基準の確認に必要な事項欄については、記載を要しません。
4 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。
5 従業員の職種・員数の「※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。
6 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。

(別添)

付表 13 介護老人福祉施設の指定に係る記載事項 添付書類

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	特別養護老人ホームの認可証等の写	
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1
4	平面図	参考様式2
5	設備・備品等一覧表	参考様式3
6	併設する施設の概要	
7	施設を共用する場合の利用計画	
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	参考様式4
10	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容	
11	誓約書	参考様式6
12	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式7

備考
4「平面図」、5「設備・備品等一覧表」及び7「施設を共用する場合の利用計画」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。

付表 14 介護老人保健施設の許可に係る記載事項

施設	フリガナ											
	名 称											
	所在地	(郵便番号 ー) 県 ー 郡市										
	連絡先	電話番号					FAX 番号					
管理 者	フリガナ					住所	(郵便番号 ー)					
	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						
短期入所療養介護の実施の有無		☐ 有 ☐ 無			通所リハビリテーションの実施の有無		☐ 有 ☐ 無					
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										
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						
入所者の予定数		人				一日当たりの通所総利用者予定数		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		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)												
		理学・作業療法士		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)												
○設備に関する基準の確認に必要な事項												
療養室	1室の最大定員					人						
	入所者1人あたり最小床面積					㎡						
	廊下	片廊下の幅					m					
		中廊下の幅					m					
機能訓練室面積						㎡						
食堂面積						㎡						
入所定員						人						
○通所リハビリテーションの人員及び設備に関する基準の確認に必要な事項(該当する場合のみ)												
		理学療法士	作業療法士	看護職員	介護職員	医師						
常 勤(人)												
非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)												
専用の部屋の面積						㎡						
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)										
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するか又は別様に記載した書類を添付してください。
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。

(別添)

付表 14 介護老人保健施設の許可に係る記載事項 添付書類

	添付書類	参考様式
1	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	参考様式1
3	平面図	参考様式2
4	設備・備品等一覧表	参考様式3
5	併設する施設の概要	
6	施設を共用する場合の利用計画	
7	施設の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図(公図)	
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	参考様式4
10	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容	
11	誓約書	参考様式6
12	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式7

付表 15 介護医療院の許可に係る記載事項

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				
管理 者	フリガナ					住所	(郵便番号 ー)				
	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					
短期入所療養介護の実施の有無		☐ 有 ☐ 無			通所リハビリテーションの実施の有無					☐ 有 ☐ 無	
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								
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					
入所者の予定数		人				一日当たりの通所総利用者予定数		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		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)											
		理学・作業療法士		栄養士		放射線技師		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)											
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
療養室	1室の最大定員					人					
	入所者1人あたり最小床面積					㎡					
廊下	片廊下の幅					m					
	中廊下の幅					m					
機能訓練室面積						㎡					
食堂面積						㎡					
入所定員						人					
○通所リハビリテーションの人員及び設備に関する基準の確認に必要な事項(該当する場合のみ)											
		理学療法士		作業療法士		看護職員		介護職員		医師	
常 勤(人)											
非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)											
専用の部屋の面積						㎡					
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)									
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するか又は別様に記載した書類を添付してください。
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。

(別添)
付表 15 介護医療院の許可に係る記載事項 添付書類

	添付書類	参考様式
1	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	参考様式1
3	平面図	参考様式2
4	設備・備品等一覧表	参考様式3
5	併設する施設の概要	
6	施設を共用する場合の利用計画	
7	施設の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図(公図)	
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	参考様式4
10	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容	
11	誓約書	参考様式6
12	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式7

第2号様式

指定を不要とする旨の届出書

年 月 日

知事 殿
申請者 住所
(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		訪問看護
		介護予防訪問看護
		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
		居宅療養管理指導
		介護予防居宅療養管理指導
		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
		短期入所療養介護
		介護予防短期入所療養介護

備考 申し出を行う居宅サービスについて○印を付してください。

変更届出書

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)

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		介護保険事業者番号									
指定内容を変更した事業所等		名称									
		所在地									
サービスの種類											
変更年月日		年 月 日									
変更があった事項(該当に○)		変更の内容									
	事業所(施設)の名称	(変更前)									
	事業所(施設)の所在地										
	申請者の名称										
	主たる事務所の所在地										
	代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所										
	登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)										
	事業所(施設)の建物の構造、専用区画等										
	備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業)										
	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所 (介護老人保健施設は、事前に承認を受ける。)										
	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴										
	運営規程										
	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関										
	事業所の種別										
	提供する居宅療養管理指導の種類	(変更後)									
	事業実施形態 (本体施設が特別養護老人ホームの場合の 単独型・空床利用型・併設型の別)										
	利用者、入所者又は入院患者の定員										
	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等 との連携・支援体制										
	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)										
	併設施設の状況等										
	介護支援専門員の氏名及びその登録番号										

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。

再開届出書

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

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

		介護保険事業者番号									
再開した事業所		名称									
		所在地									
サービスの種類											
再開した年月日		年 月 日									

備考 事業の再開に係る届出にあっては、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)を添付してください。

第4号様式

廃止・休止届出書

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

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

	介護保険事業者番号								
廃止(休止)する事業所	名称								
	所在地								
サービスの種類									
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止								
廃止・休止する年月日	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 ~ 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

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。

	介護保険事業者番号								
指定を辞退する施設	名称								
	所在地								
指定を受けた年月日	年 月 日								
指定を辞退する年月日	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。