

平成18年2月28日

都道府県介護保険担当主管課（室） 御中

指定居宅サービス事業所等の指定等に関する参考様式（案）について

介護保険法に基づく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、介護保険施設の指定（許可）に関する参考様式（案）を作成致しましたので送付致します。

また、この参考様式（案）は、そ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・修正を行うなど活用してください。

なお、本資料は、WAM NET (Word版) に掲載する予定です。

照会先 厚生労働省老健局振興課 基準係 TEL 03-5253-1111 (内線 3983) FAX 03-3503-7894
--

- 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 「法人の種類別」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、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健施設として指定（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、保健薬局、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
- 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 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 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 都市			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
主な 掲 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。

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	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 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)		
	その他の費用	法定代理受領分以外		
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
		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	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 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				
病院、診療所、訪問看護ステーションの別									
管理者	フリガナ		(郵便番号 -)						
	氏名								
	生年月日		住所						
	※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 (一部負担分)						
			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
- 「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。
 - 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。
 - ※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。
 - 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上第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。
 - 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。
 - 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 ー) 県 都市		
	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	従業員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
- 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 - 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。
 - 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 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
病院、診療所の別					
管理者	フリガナ	(郵便番号 -)			
	氏名				
	生年月日	住所			
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
- 「受付番号」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。
 - 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。
 - 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。

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

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、薬局の別						
管理者	フリガナ			(郵便番号 -)		
	氏名			住所		
	生年月日					
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)						
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。
 - 5 「歯科衛生士」には、保健師、看護師、准看護師を含みます。
 - 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
		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。

付表 6-1 通所介護（療養通所介護）・介護予防通所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					
	生年月日	住所				
	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					
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）						
適合の可否						
食堂及び機能訓練室の合計面積			基準上の必要数値	適合の可否		
			m ²	m ² 以上		
主な 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）				
	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 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 -) 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			
	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	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)						
	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 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	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										
			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	1室あたりの最大定員					人	人以上			
室	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			
廊	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 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		住所							
	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						
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 ※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)										
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					
	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	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										
	氏名										
	生年月日		住所								
	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	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						
廊下	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											
機 関 協 力 医 療	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
- 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 - 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。
 - 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 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						
事業所種別	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 ⑤基準適合診療所（施行規則附則第2条）					(該当に○を記入)					
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④⑤⑥に該当の場合記入）											人
管理者	フリガナ										(郵便番号 -)
	氏名										住所
	生年月日										
指定申請を行う病棟部分の従業者の職種・員数（④⑤⑥の場合記入）	担当医師	看護職員		介護職員		作業療法士		精神保健福祉士等		一看護単位あたりの病床数	
		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											
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（④⑤⑥の場合記入）					基準上の必要数値			適合の可否			
④	病室	1病室の病床数			床	床以上					
		入院患者1人あたり床面積			m ²	m ² 以上					
		老人性痴呆疾患療養病棟の用に供される床面積			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						
⑤	廊下	入院患者1人あたり床面積			m ²	m ² 以上					
		片廊下の幅			m	m以上					
		中廊下の幅			m	m以上					
⑥		入院患者1人あたり床面積			m ²	m ² 以上					
主な 揭示事項	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
- 「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。
 - 「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。
 - 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。
 - 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	従業員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 -) 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			
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 -)						
	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)										
		要介護者			人			要支援者			人	
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)												
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 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 -)			
	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 掲 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			
通常の実業実施地域				
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 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	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						
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。