

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 -)		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								
	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		m ²	m ²		m ²	m ²				
食堂と機能訓練室の合計面積			m ²	m ²		m ²	m ²				
廊下	片廊下の幅		m	m		m	m				
	中廊下の幅		m	m		m	m				
主な掲示事項											
入所(利用)定員			人				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。
 - 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掲示事項、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」欄に記載してください。
 - 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。

付表 15 介護老人保健施設の許可に係る記載事項（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			
管理者	フリガナ					(郵便番号 -)						
	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							
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		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	
	入居者1人あたりの最大床面積		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	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 当該介護老人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	従業員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 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		
病院の開設年月日											
管理者	フリガナ					(郵便番号 -)					
	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									
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			
①療養病床を有する病棟							(該当する方に○)				
②老人性認知症疾患療養病棟を有する病棟											
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	
主な掲示事項			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
- 「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。
 - 従業者の職種・員数、設備基準上の数値記載項目、主な掲示事項は、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、主な掲示事項については、病棟ごとに記載してください。
 - 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」欄に記載してください。
 - 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。

付表 16-2 介護療養型医療施設の指定に係る記載事項（診療所による場合）

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	
診療所の開設年月日							
管理者	フリガナ					(郵便番号 -)	
	氏名						
	生年月日				住所		
	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
- 「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。
 - 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。
 - 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。

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)

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		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	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	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	※	○	○	参考様式1
7	訪問看護ステーション管理者の免許証の写			▲															
8	管理者の経歴	○	○				○		○		○	○	○	○	○	※			参考様式2
9	サービス提供責任者の経歴																		参考様式2
10	経験看護師等の経歴							○											参考様式2
11	精神保健福祉士に準ずる者の経歴									○								○	参考様式2
12	平面図	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	☆	○	○	○	参考様式3
13	居室面積等一覧表								○	○	○	○	○		☆	○	○	○	参考様式4
14	設備・備品等一覧表		○				○	○	○	○	○	○	○		☆	○	○	○	参考様式5
15	併設する施設の概要														○	○	○		
16	施設を共用する場合の利用計画														☆	○			
17	施設の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図(公図)															○			
18	運営規程	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
19	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
20	サービス提供実施単位一覧表						○	○											参考様式7
21	当該申請に係る資産の状況	○	○	▲			○		▲		○	○	○	○	○				
22	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容		○						○		○				※	○			
23	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連絡体制及び支援の体制の概要										○								
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、⑤、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7及び21を添付する必要はありません。
- (2) ⑤の3は、薬局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) ⑨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、21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。

(参考様式1)

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (年 月分) サービス種類()
 事業所・施設名()

職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			
			*																														
	(記載例-1)		①	①	③	②	④	①	④																								
	(記載例-2)		ab	ab	ab	cd	de	e	e																								

- 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員全員(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-勤務時間 ①8:30~17:00、②16:30~1:00、③0:30~9:00、④休日)
 (記載例2-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、常勤の従業員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

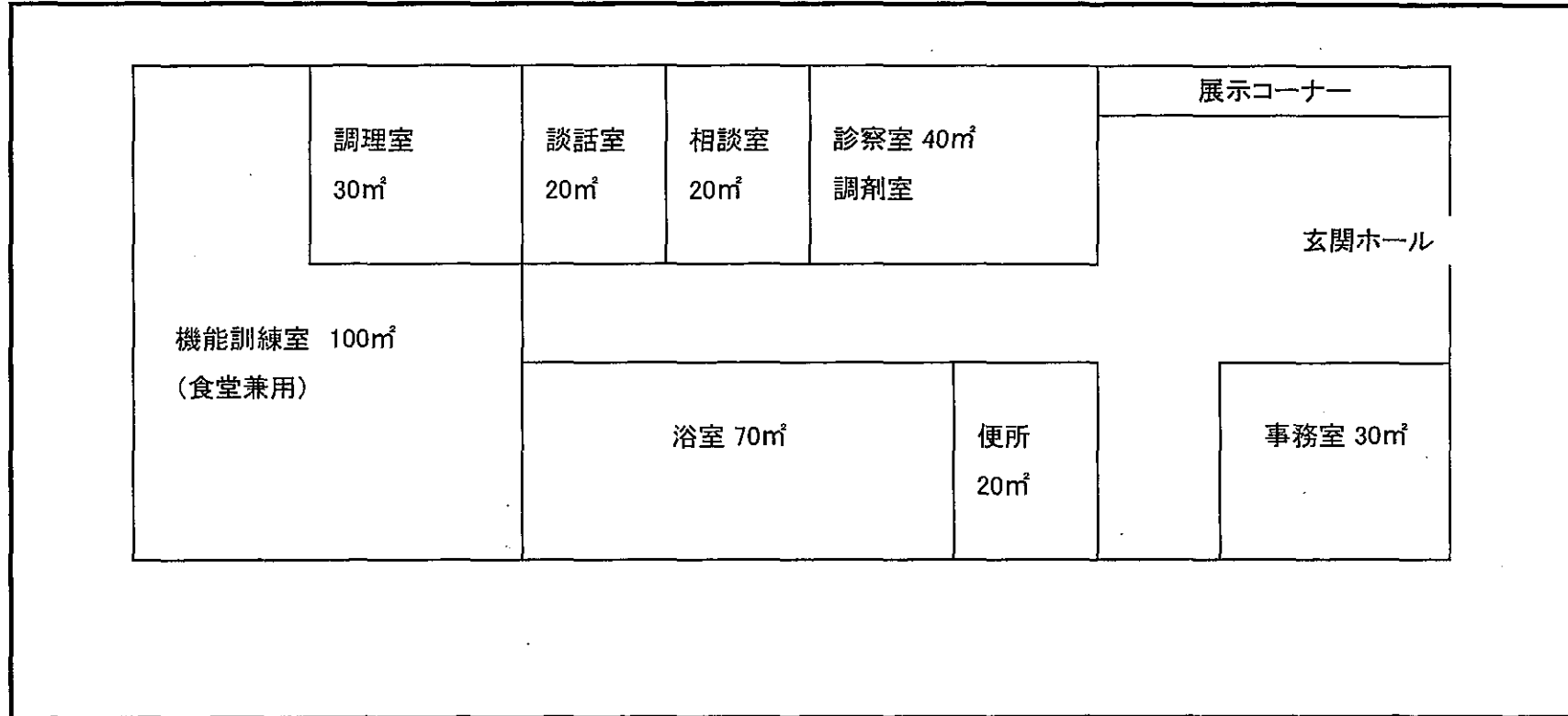
事業所又は施設の名称		
カナ		
氏名	生年月日	年 月 日
住所	(郵便番号 —)	
電話番号		
主 な 職 歴 等		
年 月 ~ 年 月	勤 務 先 等	職 務 内 容
職務に関連する資格		
資格の種類	資格取得年月	
備考(研修等の受講の状況等)		

- 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。

(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 部屋の種類	()階	()階			()階			()階			合計	
		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
9:00	(例) [20人]	(例) [10人]					
12:00	[20人]	[10人]					
15:00	[20人]	[10人]					
18:00	[20人]	[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。

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病院等である場合は、その管理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。
- 六 申請者が、第七十七条第一項又は第百十五条の二十九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(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様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。
- 七 申請者が、第七十七条第一項又は第百十五条の二十九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 前号に規定する期間内に第七十五条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九号までのいずれかに該当する者であるとき。

役員名簿 (申請者が法人)

(ふりがな) 氏名	生年月日	住	所	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

フリガナ 氏 名	介護支援専門員番号

第2号様式（第3条関係）

指定を不要とする旨の届出書

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	<ol style="list-style-type: none">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。

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）

印

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。

指定内容を変更した事業所（施設）		介護保険事業者番号							
		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	主たる事務所の所在地								
4	代表者（開設者）の氏名、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								
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	(変更後)							
14	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）								
15	入院患者又は入所者の定員								
16	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								
17	福祉用具の保管・消毒方法 （委託している場合にあつては、委託先の状況）								
18	併設施設の状況等								
19	役員の氏名、生年月日及び住所								
20	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。

第4号様式（第4条関係）

廃止・休止・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

次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしましたので届け出ます。

	介護保険事業者番号							
廃止（休止・再開）する事業所	名称							
	所在地							
休止・廃止・再開の別	休止 ・ 廃止 ・ 再開							
休止・廃止・再開した年月日	平成 年 月 日							
休止・廃止した理由								
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置 （休止・廃止した場合のみ）								
休止予定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日							

備考 事業の再開に係る届出にあつては、施行規則に定める当該事業に係る従業者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	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。

		介護保険事業者番号							
申請に係る施設		名称							
		所在地							
開設許可年月日		平成	年	月	日				
変更変月日		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。

	介護保険事業者番号								
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。

	介護保険事業者番号								
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。

	介護保険事業者番号								
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者の勤務の体制及び勤務形態

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 -) 県 都市 (ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号		FAX 番号
	法人の種類	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 -) 県 都市 (ビルの名称等)		
代表者の住所	(郵便番号 -) 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 -)		
	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 -)			
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。

(参考)

指定(許可)申請に係る添付書類一覧(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	訪問	訪問	訪問	居宅	通所	通所	短期	短期	特定	用具	用具	居宅	福祉	老健	療養
		介護 (予防) ①	入浴 (予防) ②	看護 (予防) ③	リハ (予防) ④	療養 (予防) ⑤	介護 (予防) ⑥	リハ (予防) ⑦	生活 (予防) ⑧	療養 (予防) ⑨	施設 (予防) ⑩	貸与 (予防) ⑪	販売 (予防) ⑫	支援 ⑬	施設 ⑭	施設 ⑮	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 (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)								○								
15	入院患者又は入所者の定員								○	○							
16	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																
17	福祉用具の保管・消毒方法(委託している場合にあつては、委託等の契約の内容)											○					
18	併設施設の状況等														○	○	○
19	役員の氏名、生年月日及び住所	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
20	誓約書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
21	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。