

山梨県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の指定等に関する要綱 新旧対照表

新	旧
(趣旨) 第1条 (略) (指定の申請等) 第2条 法第70条第1項、第86条第1項、第94条第1項、第107条第1項及び第115条の2第1項の規定による申請は、様式<u>第一号(一)</u>によりサービスの種類ごとに行うものとする。 2～3 (略) (共生型居宅サービス事業者の特例) 第2条の2 法第72条第1項本文<u>及び第115条の2の2第1項本文</u>の規定による申請については、前条の規定を適用する。 (共生型サービス事業者の特例に係る別段の申出) 第2条の3 法第72条の2第1項ただし書<u>及び第115条の2の2第1項ただし書き</u>の規定による共生型居宅サービス<u>及び共生型介護予防サービス</u>の指定の特例を不要とする旨の申出は、様式<u>第一号(一の二)</u>により行うものとする。 (指定の更新等) 第2条の4 法第70条の2第1項(第115条の11において準用する場合を含む。以下同じ。)、第86条の2第1項、第94条の2第1項、第108条第1項の規定による申請は、様式<u>第一号(二)</u>によりサービスの種類ごとに行うものとする。 2～3 (略)	(趣旨) 第1条 (略) (指定の申請等) 第2条 法第70条第1項、第86条第1項、第94条第1項、第107条第1項及び第115条の2第1項の規定による申請は、<u>第1号</u>様式によりサービスの種類ごとに行うものとする。 2～3 (略) (共生型居宅サービス事業者の特例) 第2条の2 法第72条第1項本文の規定による申請については、前条の規定を適用する。 (共生型サービス事業者の特例に係る別段の申出) 第2条の3 法第72条の2第1項ただし書の規定による共生型居宅サービスの指定の特例を不要とする旨の申出は、<u>第1号様式の2</u>により行うものとする。 (指定の更新等) 第2条の4 法第70条の2第1項(第115条の11において準用する場合を含む。以下同じ。)、第86条の2第1項、第94条の2第1項、第108条第1項<u>及び健康保険法等の一部を改正する法律(平成18年法律第36号)附則第130条の2第1項の規定により平成36年3月31日までの間なおその効力を有するものとされた改正前の介護保険法(以下「旧介護保険法」という。)</u>第107条の2第1項の規定による申請は、<u>第1号様式の3</u>によりサービスの種類ごとに行うものとする。 2～3 (略)

(指定居宅サービス事業者の特例に係る別段の申出)

第3条 法第71条第1項ただし書及び第72条第1項ただし書(第115条の11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、様式第一号(四)により行うものとする。

(変更の届出等)

第4条 法第75条第1項、第89条、第99条第1項第113条第1項及び第115条の5第1項の規定による届出は、変更に係るものにあつては様式第一号(五)により、事業の再開に係るものにあつては様式第一号(六)によりそれぞれサービスの種類ごとに行うものとする。ただし、法第70条の3の規定による届出は、様式第一号(三)により行うものとする。

2 法第75条第2項及び第99条第2項及び第115条の5第2項の規定による事業の廃止又は休止の届出は、様式第一号(七)によりそれぞれサービスの種類ごとに行うものとする。

3 第1項の届出は、変更内容に応じて付表及び添付書類を届出書ごとに添付して行うものとする。

4 インターネットを利用した電子申請による変更の届出にあつては、様式第一号(五)の提出は不要とする。

5 (略)

(指定の辞退)

第5条 法第91条の規定による指定の辞退は、様式第一号(八)により行うものとする。

(介護老人保健施設及び介護医療院の開設許可事項の変更の申請)

第6条 法第94条第2項及び第107条第2項に規定する許可の申請は、様式第一号(九)により行うものとする。

(介護老人保健施設及び介護医療院の管理者の承認の申請)

第7条 法第95条及び第109条の規定による承認の申請は、様式第一号(十)により行うものとする。

(指定居宅サービス事業者の特例に係る別段の申出)

第3条 法第71条第1項ただし書及び第72条第1項ただし書(第115条の11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2号様式により行うものとする。

(変更の届出等)

第4条 法第75条第1項、第89条、第99条第1項及び第113条第1項並びに旧介護保険法第111条及び第115条の5第1項の規定による届出は、変更に係るものにあつては第3号様式により、事業の再開に係るものにあつては第3号様式の2によりそれぞれサービスの種類ごとに行うものとする。

2 法第75条第2項及び第99条第2項並びに旧介護保険法第115条の5第2項の規定による事業の廃止又は休止の届出は、第4号様式によりそれぞれサービスの種類ごとに行うものとする。

3 第1項の届出は、変更内容に応じて付表及び添付書類を届出書ごとに添付して行うものとする。

4 インターネットを利用した電子申請による変更の届出にあつては、第3号様式の提出は不要とする。

5 (略)

(指定の辞退)

第5条 法第91条及び旧介護保険法第113条の規定による指定の辞退は、第5号様式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の申請)

第6条 法第94条第2項に規定する許可の申請は、第6号様式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の申請)

第7条 法第95条の規定による承認の申請は、第7号様式により行うものとする。

(介護老人保健施設及び介護医療院の広告の許可の申請) 第8条 法第98条第1項第4号及び第112条第1項第4号の事項に係る許可の申請は、様式<u>第一号（十一）</u>により行うものとする。 (削除) (第6条に統合) (第7条に統合) (第8条に統合) <u>(電子情報処理組織による届出)</u> <u>第9条 第2条から前条までの規定にかかわらず、届出は、厚生労働省の使用に係る電子計算機（入出力装置含む。以下同じ。）と届出を行おうとする者の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織を使用する方法であって、当該電気通信回線を通じて情報が送信され、厚生労働省の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該情報が記録されるもの（以下「電子情報処理組織を使用する方法」という。）（やむを得ない事情により当該方法による届出を行うことができない場合にあっては、電子メールの利用その他の適切な方法）により行うものとする。</u>	(介護老人保健施設の広告の許可の申請) 第8条 法第98条第1項第4号の事項に係る許可の申請は、<u>第8号様式</u>により行うものとする。 <u>(指定介護療養型医療施設の指定の変更の申請)</u> <u>第9条 旧介護保険法第108条第1項の規定による指定の変更の申請は、第9号様式により行うものとする。</u> <u>(介護医療院の開設許可事項の変更の申請)</u> <u>第10条 法第107条第2項に規定する許可の申請は、第10号様式により行うものとする。</u> <u>(介護医療院の管理者の承認の申請)</u> <u>第11条 法第109条の規定による承認の申請は、第11号様式により行うものとする。</u> <u>(介護医療院の広告の許可の申請)</u> <u>第12条 法第112条第1項第4号の事項に係る許可の申請は、第12号様式により行うものとする。</u> <u>(新設)</u>
---	--

<u>2 前項の電子情報処理組織を使用する方法により行われた届出については、書面等により行われたものとみなして、本指定要綱及びその他の当該届出に関する規定を適用する。</u> <u>3 電子情報処理組織を使用する方法や電子メールの利用等により行われた届出は、山梨県の使用に係る電子計算機に備えられたファイルへの記録がされた時に到達したものとみなす。</u> <u>4 第1項から第3項までの規定にかかわらず、山梨県知事が電子情報処理組織を使用する方法による届出の受理の準備を完了するまでの間は、この限りでない。</u> (市町村等への情報提供) 第1 <u>0</u>条 (略) 2 (略) (公示) 第1 <u>1</u>条 (略) (実施細目) 第1 <u>2</u>条 (略) <u>附 則</u> <u>(施行期日)</u> <u>第1条 この要綱は、令和7年4月1日から施行する。</u> <u>(適用期日)</u> <u>第2条 この要綱は、令和6年4月1日から適用する。ただし、第9条に掲げる規定は、令和7年4月1日から適用する。</u> <u>(経過措置)</u> <u>第3条 第2条第1項及び第3条から第8条までの改正規定については、令和6年9月30日までの間、改正前の様式を改正後の様式に代えて使用することができることとする。</u>	(市町村等への情報提供) 第1 <u>3</u>条 (略) 2 (略) (公示) 第1 <u>4</u>条 (略) (実施細目) 第1 <u>5</u>条 (略)
---	--

様式第一号（一）

別添様式第一号（一）

指定居宅サービス事業所
介護保険施設
指定介護予防サービス事業所

指定（許可）申請書

年 月 日

知事（市長）殿 所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

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。

法人番号

フリガナ

名称

主たる事務所の所在地

連絡先

電話番号

FAX番号

代表者（開設者）の住所

法人の吸収合併又は吸収分割における指定（許可）申請時に付

同一所在地において行う事業等の種類

訪問介護

訪問入浴介護

訪問看護

訪問リハビリテーション

居宅介護支援事業

通所介護

通所リハビリテーション

短期入所生活介護

短期入所介護

特定施設入居者生活介護

福祉用具貸与

特定福祉用具販売

介護老人福祉施設

介護老人保健施設

介護医療院

介護予防訪問入浴介護

介護予防訪問看護

介護予防訪問リハビリテーション

介護予防通所介護

介護予防短期入所生活介護

介護予防特定施設入居者生活介護

介護予防福祉用具貸与

特定介護予防福祉用具販売

介護保険事業番号

医療機関コード等

備考

1 「指定（許可）申請対象事業等」及び「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、老人保健施設又は訪問看護ステーションとして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 居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業所について、他方の居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所の指定を受ける場合であって、届出申請に変更がない場合は、「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予定年月日」、「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」及び「その他指定に関し必要と認める事項」を添えて届出を省略できます。

4 法人等の種類は、「社会福祉法人（施設以外）」、「社会福祉法人（施設）」、「医療法人」、「社団、財団」、「営利法人」、「非営利法人（NPO）」、「宗教」、「学術」、「その他法人」、「地方公共団体（都道府県）」、「地方公共団体（市町村）」、「地方公共団体（広域連合・一部事務組合等）」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。

5 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要があります。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、経営者や代表者等が当該することと可能で、指定（許可）を受けようとする事業所（施設）の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。

第1号様式

第1号様式（第2条関係）

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。

フリガナ

名称

主たる事務所の所在地

連絡先

電話番号

FAX番号

代表者の職名・氏名・生年月日

代表者の住所

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

訪問入浴介護

訪問看護

訪問リハビリテーション

居宅介護支援事業

通所介護

通所リハビリテーション

短期入所生活介護

短期入所介護

特定施設入居者生活介護

福祉用具貸与

特定福祉用具販売

介護老人福祉施設

介護老人保健施設

介護医療院

介護予防訪問入浴介護

介護予防訪問看護

介護予防訪問リハビリテーション

介護予防通所介護

介護予防短期入所生活介護

介護予防特定施設入居者生活介護

介護予防福祉用具貸与

特定介護予防福祉用具販売

介護保険事業番号

医療機関コード等

備考

1 「指定（許可）申請対象事業等」及び「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受けている事業者が、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届出を省略できます。

様式第一号（一の二）

様式第一号（一の二）（第2条の3関係）

共生型居宅サービスの指定の特例を不要とする旨の届出書

年 月 日

山梨県知事 殿

住所
開設者（所在地）
氏名
（名称及び代表者氏名）

次のとおり共生型居宅サービスの指定の特例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. 訪問介護 2. 通所介護 3. （介護予防）短期入所生活介護

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1号様式の2

第1号様式の2（第2条の3関係）

共生型居宅サービスの指定の特例を不要とする旨の届出書

年 月 日

山梨県知事 殿

住所
開設者（所在地）
氏名
（名称及び代表者氏名）

印

次のとおり共生型居宅サービスの指定の特例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. 訪問介護 2. 通所介護 3. （介護予防）短期入所生活介護

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。

様式第一号（二）

別紙様式第一号（二）

指定居宅サービス事業所
介護保険施設
指定介護予防サービス事業所

指定（許可）更新申請書

年 月 日

所在地

知事（市長）殿

申請者 名称

代表者職名・氏名

介護保険法に規定する事業所（施設）に係る指定（許可）の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。

法人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申 請 者	フリガナ 名称																				
	主たる事務所の 所在地	（郵便番号 - ） 都 道 市 区 府 県 町 村																			
	連絡先	電話番号	（内線）										FAX番号								
	代表者（開設者）の 職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ 氏 名										生年月日								
事 業 所	代表者（開設者）の住所	（郵便番号 - ） 都 道 市 区 府 県 町 村																			
	事業等の種類											介護保険事業所番号									
	指定有効期間満了日																				
	フリガナ 名称																				
所 管 者	所在地	（郵便番号 - ） 都 道 市 区 府 県 町 村																			
	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																				
	主たる事務所の 所在地	（郵便番号 - ） 都 道 市 区 府 県 町 村																			
管 理 者	フリガナ 氏名											生年月日									
	住所	（郵便番号 - ） 都 道 市 区 府 県 町 村																			

備考 1 「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
 2 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
 3 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。
 4 「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」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

第1号様式の3

第1号様式の3（第2条の4関係）

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）更新申請書

年 月 日

知事 殿

申請者

（名称）
（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）の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。

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	職名	フリガナ 氏 名										生年月日								
事 業 所	代表者の住所	（郵便番号 - ） 県 郡市																			
	事業等の種類																				
	指定有効期間満了日																				
	フリガナ 名称																				
所 管 者	所在地	（郵便番号 - ） 県 郡市																			
	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																				
	主たる事務所の 所在地	（郵便番号 - ） 県 郡市																			
管 理 者	フリガナ 氏名											生年月日									
	住所	（郵便番号 - ） 県 郡市																			

- 別添 1 誓約書（参考様式6）
 2 介護支援専門員一覧（参考様式7）

様式第一号（三）

別紙様式第一号（三）

指定特定施設入居者生活介護指定変更申請書

年 月 日

所在地

知事（市長）殿

申請者 名称

代表者職名・氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定の変更を申請します。

介護保険事業所番号

法人番号

申 請 者	フリガナ 名称				
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村			
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号	
	代表者の職名・氏 名・生年月日	Email	フリガナ 氏 名	生年月日	
	代表者の住所	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村			
事 業 所	フリガナ 名称				
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村			
変 更 内 容	利用者の定員	変更前	人	変更後	人
	変更予定年月日	年 月 日			
	利用者の指定数 （変更後）	合計	人		
		うち要介護者	人	うち要支援者	人
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			

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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。

2 以下の書類を添付してください。

(1) 建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示するものとする。）並びに設備の概要

(2) 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

(3) 受託介護サービス事業実施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

(4) 当該協力医療機関との契約の内容（協力歯科医療機関があるときは、その名称及び契約の内容を添付する。）

（参考）指定特定施設入居者生活介護指定変更に係る記載事項不足時の資料

■協力医療機関

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	

（新設）

様式第一号（四）

別紙様式第一号（四）

指定を不要とする旨の申出書

年 月 日

知事（市長）殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。

介護保険事業所番号

医療機関コード等

法人番号

名称	
施設種別	
所在地	
開設者	氏名 住所
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 申出を行う居宅サービスについて○印を付してください。

第2号様式

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

申請者（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	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。

別紙様式第一号(五)

別紙様式第一号(五)

變更屆出書

年 月 日

知事(市長)殿

所在地

申請者 **名称**

名称

代表者職名・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。

		介護保険事業所番号									
		法人番号									
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											
法人等の種類											
代表者（開設者）の氏名、生年月日、住所及び職名		（変更後）									
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）の建物の構造及び専用区画等											
備品（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業）											
利用者の推定数											
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。）		（変更後）									
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・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 空床利用型・併設事業所型の別）											
利用者、入所者又は入院患者の定員											
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）											
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 1 「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。

2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。
 なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の（変更前）と（変更後）欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

第3号様式(第4条第1項関係)

第3号様式(第4条第1項関係)

變更屆出書

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。

[illegible]

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。

様式 第一号（六）

別紙様式第一号（六）

再開届出書

年 月 日

知事（市長）殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

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																			
	法人番号																			
再開した事業所（施設）	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を添付してください。

第 3 号様式の 2

第3号の2様式（第4条関係）

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。

別紙様式第一号(七)

廃止・休止届出書

年 月 日

知事(市長)殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

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(施設)	法人番号																		
	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。

廃止・休止届出書

年 月 日

知事 殿

住所
（所在地）
氏名
（名称及び代表者氏名）

印

次のとおり事業を廃止（休止）するので届け出ます。

廃止（休止）する事業所	介護保険事業者番号								
	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。

様式 第一号（八）

別紙様式第一号（八）

指定辞退届出書

年 月 日

知事（市長）殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

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																				
法人番号																				

サービスの種類	
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。
※本様式は、指定介護老人福祉施設の指定の辞退を行う際の届出書です。

第 5 号様式

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。

	介護保険事業者番号																			
	名称																			
指定を辞退する施設	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。

様式 第一号（九）

別紙様式第一号（九）

介護老人保健施設・介護医療院 開設許可事項変更申請書

年 月 日

知事（市長）殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり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																	
		法人番号																	
申請に係る施設		名称																	
		所在地																	
開設許可年月日		年 月 日																	
変更年月日		年 月 日																	
変更事項（該当に○）		変更の内容																	
	敷地面積	(変更前)																	
	建物の構造概要・施設及び構造設備の概要																		
	施設の共用の場合の利用計画	(変更後)																	
	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。）																		
	協力医療機関の変更																		

備考 1 介護老人保健施設の許可又は介護医療院の許可に該当する付表と必要書類を添付してください。
2 「変更事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。
なお、電子申請届出システムを利用する際は、介護老人保健施設の許可又は介護医療院の許可に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の（変更前）と（変更後）欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

第 6 号様式

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		年 月 日																	
変更年月日		年 月 日																	
変更事項（該当に○）		変更の内容																	
	敷地面積	(変更前)																	
	建物建造																		
	施設の共用の場合の利用計画	(変更後)																	
	運営規則（職種・員数・職務内容・入所定員の増加に関する部分に限る。）																		
	協力病院の変更																		

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。

様式 第一号（十）

別紙様式第一号（十）

介護老人保健施設・介護医療院 管理者承認申請書

年 月 日

知事（市長）殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり管理者の承認を申請します。

申請に係る施設	介護保険事業所番号												
	法人番号												
	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												
管理者就任予定日	年 月 日												
申請理由（該当に○）		新規開設のため											
		管理者の変更のため											

備考 管理者になろうとする者の経歴等を添付してください。

第 7 号様式

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

開設者 所在地
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。

申請に係る施設	介護保険事業者番号									
	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（該当に○）		新規開設のため								
		管理者の変更のため								

備考 管理者になろうとする者の経歴等を添付してください。

別紙様式第一号(十一)

介護老人保健施設・介護医療院 広告事項許可申請書

年 月 日

知事(市長)殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

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

法人番号

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

開設者	所在地 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

(削除)

第 9 号様式

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

開設者 住所
(所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

印

次のとおり指定の変更を申請します。

	介護保険事業者番号									
許可を受けようとする広告事項	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 (該当に○)		療養病床を有する病院								
		療養病床を有する診療所								
		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 (申請にかかる事業を行う部分に限る。)	人									
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)				
	人					人				

- 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、当該項目番号に○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) 施設の使用許可書の写し
 - (2) 建物の構造概要及び平面図ならびに設備の概要
 - (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

(別紙様式第一号（九）に統合)

第 1 0 号様式

第 1 0 号様式（第 1 0 条関係）

介護医療院開設許可事項変更申請書

年 月 日

山梨県知事 殿

所在地
開設者 名 称
代表者氏名 印

次のとおり介護医療院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	
変更変月日		平成		年		月		日	
変更事項		変更の内容							
1	敷地面積・平面図	(変更前)							
2	建物構造・各室の用途								
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。

(別紙様式第一号 (十) に統合)

第 1 1 号様式

第 1 1 号様式 (第 1 1 条関係)

介護医療院管理者承認申請書

年 月 日

山梨県知事 殿

所在地
開設者 名 称
代表者氏名 印

次のとおり介護医療院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	フリガナ								
	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。

(別紙様式第一号（十一）に統合）

第 1 2 号様式

第 1 2 号様式（第 1 2 条関係）

介護医療院広告事項許可申請書

年 月 日

山梨県知事 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	

付表 第一号 (一)

付表第一号 (一) 訪問介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号										
	フリガナ										
	名 称										
	所在地	(郵便番号	-	)	都 道 府 県	市 区 町 村					
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号					
	フリガナ	Email									
	氏 名			住所	(郵便番号	-	)				
	生年月日										
	当該事業所で業務する他の職種 (業務の場合のみ記入)										
	管理	他の事業所、施設等の役員との兼務(兼務の場合のみ記入)	業務先の名称、所在地								
業務先のサ ビス種別、業務する職種及び勤務時間等											
共生型サービスの該当有無 ☐ 有 ☐ 無											
〇人員に関する基準の確認に必要な事項											
訪問介護員等											
従業者の職種・員数		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	-	)				
	氏 名			住所	(郵便番号	-	)				
	生年月日			住所	(郵便番号	-	)				
	フリガナ			住所	(郵便番号	-	)				
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	-	)	都 道 府 県	市 区 町 村					
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号					
フリガナ	Email										
備考 1 記入欄が不足する場合は、添付書類を添付し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 専従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、従業員については、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。											

(参考) 訪問介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供責任者											
サービス提供責任者	フリガナ			住所	(郵便番号	-	)				
	氏 名			住所	(郵便番号	-	)				
	生年月日			住所	(郵便番号	-	)				
	フリガナ			住所	(郵便番号	-	)				
	氏 名			住所	(郵便番号	-	)				
	生年月日			住所	(郵便番号	-	)				
	フリガナ			住所	(郵便番号	-	)				
	氏 名			住所	(郵便番号	-	)				
	生年月日			住所	(郵便番号	-	)				
	(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)										
■複数事業所											
事業所	フリガナ										
	名 称										
	所在地	(郵便番号	-	)	都 道 府 県	市 区 町 村					
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号					
	Email										

付表 1

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	-	)	県 都市		
	連絡先	電話番号	FAX 番号				
フリガナ	Email						
管理	フリガナ			住所	(郵便番号	-	)
	氏 名			住所	(郵便番号	-	)
	生年月日			住所	(郵便番号	-	)
	訪問介護員等との兼務の有無			☐ 有 ☐ 無			
者	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との業務(業務の場合記入)	名称			業務する職種及び勤務時間等		
〇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)	フリガナ		住所		(郵便番号	-	)
サービス提供責任者	フリガナ			住所	(郵便番号	-	)
	氏 名			住所	(郵便番号	-	)
	フリガナ			住所	(郵便番号	-	)
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	-	)	県 都市
	連絡先	電話番号	FAX 番号		
フリガナ	Email				

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、添付書類を添付し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、従業員については、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日老衛発第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 第一号（二）

付表第一号（二）訪問入浴・介護予防訪問入浴介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村			
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号
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 (兼務の場合のみ記入)				
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地			
		兼務先のサービス種別、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	
		専従	兼務	専従	兼務
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次頁の記入欄不足時の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。					

(参考) 訪問入浴・介護予防訪問入浴介護事業所の指定等に係る記載事項不足時の資料

■協力医療機関

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	

付表 2

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 -) 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 -)		
	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)				
協力医療機関	名称	名称		名称	
	名称	名称		名称	
	名称	名称		名称	
○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 第一号 (三)

付表 第一号 (三) 訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号						
	フリガナ						
	名 称						
	所在地	(郵便番号 -)		都 道 府 県	市 区 町 村		
	連絡先	電話番号 Email	(内線)		FAX番号		
管理者	事業所種別	☐ 病院 ☐ 診療所 ☐ 訪問看護ステーション					
	フリガナ			住所	(郵便番号 -)		
	氏 名			住所			
	生年月日						
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)						
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)		兼務先の名称、所在地 業務上のサービス提供、開始する時間及び終了時間等				
	利用者の推定数		人				
〇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 -)		都 道 府 県	市 区 町 村		
	連絡先	電話番号 Email	(内線)		FAX番号		

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次頁の記入欄不足時の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 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。
4 管理者の業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従業者も含めて記載してください。

(参考) 訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

(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)

■複数事業所

事業所	フリガナ						
	名 称						
	所在地	(郵便番号 -)		都 道 府 県	市 区 町 村		
	連絡先	電話番号 Email	(内線)		FAX番号		

付表 3

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	都市		
	連絡先	電話番号 Email			FAX番号		
	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			住所			
	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			
〇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	都市		
	連絡先	電話番号 Email			FAX番号		

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ったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
4 管理者の業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 第一号（四）

付表第一号（四） 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	法人番号								
	フリガナ								
	名 称								
	所在地	(郵便番号 -)		都 道 府 県	市 区 町 村				
連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号				
	Email								
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								
利用者の推定数		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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		医師	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常 勤(人)									
非常勤(人)									
添付書類		別添のとおり							
(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 -)		都 道 府 県	市 区 町 村				
	連絡先	電話番号	(内線)			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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。 2 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ので、本申請の必要はありません。 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従業者も含めて記載してください。									

(参考) 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記入欄不足時の資料									
(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を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)									
■複数事業所									
事業所	フリガナ								
	名 称								
	所在地	(郵便番号 -)		都 道 府 県	市 区 町 村				
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号			
	Email								

付表 4

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	郡市				
	連絡先	電話番号				FAX 番号			
	Email								
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。

(別添)

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

	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	平面図	参考様式2
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	参考様式4
6	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。

付表 第一号（五）

付表第一号（五） 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

事業所	法人番号											
	フリガナ											
	名 称											
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村										
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号				Email	
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											
	利用者の推定数	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		歯科医師		薬剤師		歯科衛生士		管理栄養士			
	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)											
添付書類		別添のとおり										

備考 1 病院、診療所又は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。
2 「従業者の職種・員数」欄の「歯科衛生士」には、保健師、看護師、准看護師を含みます。

付表 5

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

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	
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。

備考 1 記入額が不足する場合は、重賞簿に対して記録するか又は次頁の記入額不足時の書留を添付してください。
2 重賞券の差引については、添付資料にて確認可能な場合は記添付を添付することが可能です。
3 競馬場事務員については、生活保護員、寄附職員又は分限職員と管理しない場合にのみのみを添付してください。
4 競馬場事務員事務所以外の場所では、他の場所（例えば、競馬場事務所）で一度記録する場合は、下段の欄に「別紙記載を要しない」と記載してください。

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

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

付表第一号(七)

付表第一号(七) 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	法人番号										
	フリガナ										
	名 称										
	所在地	(郵便番号 -)	都 道 府 県	市 区 町 村							
管理者	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号							
	フリガナ	Email			(郵便番号 -)						
	氏 名	住所									
	生年月日										
事業所の種類 (1つに○)	病院										
	診療所(下記のものを選択。)										
	診療所(指定居宅サービス等利用事業の入院・訪問又は夜間に関する事業(11)条第1項の適用を受けるもの)										
	介護老人保健施設										
事業所の種類 (1つに○)											
介護医療院											
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業員の種類・員数											
医師											
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											
専用の部屋等の面積											
㎡											
利用定員(同時利用)											
人											
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業員の種類・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											
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											
営業日(該当に○)											
日曜日 月曜日 火曜日 水曜日 木曜日 金曜日 土曜日 祝日											
その他(年末年始休日等)											
営業時間											
平日											
曜日ごとに異なる場合											
記入											
日曜日・祝日											
サービス提供時間											
人											
利用定員											
人											
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業員の種類・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											
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											
営業日(該当に○)											
日曜日 月曜日 火曜日 水曜日 木曜日 金曜日 土曜日 祝日											
その他(年末年始休日等)											
営業時間											
平日											
曜日ごとに異なる場合											
記入											
日曜日・祝日											
サービス提供時間											
人											
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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
2 事業所の種類について、事業所が診療所である場合は、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(11)条第1項の適用を受けるものを除き、「診療所(下記のものを選択。)」の欄に○をつけてください。
3 従業員の員数については、サービス提供単位ごとの総数を記載してください。
4 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つたものとみなされる場合は、本申請の必要はありません。
5 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

(参考) 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記入欄不足時の資料

■サービス提供単位ごとの情報											
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業員の種類・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											
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											
営業日(該当に○)											
日曜日 月曜日 火曜日 水曜日 木曜日 金曜日 土曜日 祝日											
その他(年末年始休日等)											
営業時間											
平日											
曜日ごとに異なる場合											
記入											
日曜日・祝日											
サービス提供時間											
人											
利用定員											
人											
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業員の種類・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											
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											
営業日(該当に○)											
日曜日 月曜日 火曜日 水曜日 木曜日 金曜日 土曜日 祝日											
その他(年末年始休日等)											
営業時間											
平日											
曜日ごとに異なる場合											
記入											
日曜日・祝日											
サービス提供時間											
人											
利用定員											
人											

付表7

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 -)	県	都市							
	連絡先	電話番号			FAX 番号						
管理者	フリガナ										
	氏 名	住所									
	生年月日										
	事業所の種類 (1つに○)	病院									
事業所の種類 (1つに○)	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											
従業員の種類・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 従業員の員数については、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つ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計可証の写	
4	従業員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計可証の写」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。

付表第一号 (八)

付表第一号(八) 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等に係る記載事項(単独型)

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 府 県	市 区 町 村		
管理	連絡先	電話番号 Email	(内線)	FAX番号	
	フリガナ			住所	(郵便番号 -)
	氏 名				
	生年月日				
者	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				
	他の事業所、施設等の職種との兼務 (兼務の場合のみ記入)				
	兼務先の名称、所在地 (兼務のサービス種別、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
サービス提供単位1	介護形式(いずれか一方を選択) ☐ 従来型 ☐ ユニット型				
	○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
	常 勤(人)	専従	兼務	専従	兼務
	非常勤(人)				
	常勤換算後の人数(人)				
		栄養士	機能訓練指導員	技能員その他の従業者	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		
	室	利用者1人あたりの最小床面積	m ²		
	食堂と機能訓練室の合計面積	m ²			
	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				
サービス提供単位2	介護形式(いずれか一方を選択) ☐ 従来型 ☐ ユニット型				
	○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
	常 勤(人)	専従	兼務	専従	兼務
	非常勤(人)				
	常勤換算後の人数(人)				
		栄養士	機能訓練指導員	技能員その他の従業者	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		
	室	利用者1人あたりの最小床面積	m ²		
	食堂と機能訓練室の合計面積	m ²			
	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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。 2 管理者の業務については、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。					
(参考) 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等に係る記載事項(単独型)記入欄不足時の資料					
■協力医療機関					
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

付表8

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 -) 県 都市			
	連絡先	電話番号 Email	FAX 番号		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)
	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)				
協力医療機関	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との業務(兼務の場合記入)	名称			
	兼務する職種及び勤務時間等				
	名称				主な診療科名
	名称				主な診療科名
〇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
	常 勤(人)	専従	兼務	専従	兼務
	非常勤(人)				
	常勤換算後の人数(人)				
〇設備に関する基準の確認に必要な事項		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)				
備考	居室	1室あたりの最大定員	人		
	室	利用者1人あたりの最小床面積	m ²		
	食堂と機能訓練室の合計面積	m ²			
	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 管理者の業務については、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 8-1 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

付表第一号 (九)

付表第一号 (九) 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	法人番号 フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 ー) 都 道 府 県 市 区 町 村		
	連絡先	電話番号 (内線) FAX番号		
管理者	フリガナ			
	氏 名	住所	(郵便番号 ー)	
	生年月日			
	当該事業所で業務する他の職種 (業務の場合のみ記入)			
協力医療機関	他の専任医、医師等の医師との科別連携の状況 (併記)	業務先の名称、所在地 業務先のサービス内容、業務する医師及び勤務時間等		
	空床利用型・併設事業所型の別	☐ 空床利用型 ☐ 併設事業所型		
	名称	主な診療科名		
	名称	主な診療科名		
サビズ提供単位1	介護施設 (いずれか一方を選択)	☐ 従来型 ☐ ユニット型		
	短期入所利用者数 (併設事業所型の場合記入)	人 (指定数も記入)		
	〇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 専従 非常勤	生活相談員 専従 非常勤	看護職員 専従 非常勤
サビズ提供単位2	施設 (いずれか一方を選択)	☐ 従来型 ☐ ユニット型		
	短期入所利用者数 (併設事業所型の場合記入)	人 (指定数も記入)		
	〇設備に関する基準の確認に必要な事項 (併設事業所型の場合記入)			
	施設 (いずれか一方を選択)	☐ 従来型 ☐ ユニット型		

(参考) 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) 記入欄不足時の資料

■協力医療機関	名称	主な診療科名
協力医療機関	名称	主な診療科名
協力医療機関	名称	主な診療科名
協力医療機関	名称	主な診療科名

付表8-2

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・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 郡 市			
	連絡先	電話番号 Email	FAX 番号		
管理者	フリガナ				
	氏 名	住所	(郵便番号 ー)		
	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業務 (業務の場合記入)	名称	業務する職種及び勤務時間等		
協力医療機関	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 (指定数を記入)			
	名称	主な診療科名			
	名称	主な診療科名			
〇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 専従 非常勤	生活相談員 専従 非常勤	看護職員 専従 非常勤	介護職員 専従 非常勤
	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)				
	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)			
〇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		
	居室	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		
特別養護老人ホームの入所定員	建物	片廊下の幅	m		
	建物の構造	☐ 耐火建築物 ☐ 準耐火建築物 ☐ その他			
	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 管理者の業務については、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 従業者の職種・員数の「非常勤」欄は、本体施設以外との業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

付表第一号(十)

付表第一号(十) 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以外の場合の併設事業所型)

事業所	法人番号 フリガナ				
	名称				
	(郵便番号 ー)				
	所在地 都道府県 市区町村				
管理	連絡先 フリガナ 氏名	電話番号 Email	(内線)	FAX 番号	
	住所	(郵便番号 ー)			
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の施設(兼務の場合のみ記入) 兼務先の名称、所在地 兼務先のサービス提供、業務 兼務先のサービス提供、業務 兼務先のサービス提供、業務				
サ ー ビ ス 提 供 単 位 1	介護形式(いずれか一方を選択) 短期入所利用定員	☐ 従来型 ☐ ユニット型 (推定数を記入)			
	〇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 専従 兼務	生活相談員 専従 兼務	看護職員 専従 兼務	介護職員 専従 兼務
	本体施設の施設等従事人数 短期入所生活介護従事人数 常勤換算後の人数(人)	常勤(人) 非常勤(人) 常勤(人) 非常勤(人)	専従 専従	専従 専従	専従 専従
サ ー ビ ス 提 供 単 位 2	介護形式(いずれか一方を選択) 短期入所利用定員	☐ 従来型 ☐ ユニット型 (推定数を記入)			
	〇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 専従 兼務	生活相談員 専従 兼務	看護職員 専従 兼務	介護職員 専従 兼務
	本体施設の施設等従事人数 短期入所生活介護従事人数 常勤換算後の人数(人)	常勤(人) 非常勤(人) 常勤(人) 非常勤(人)	専従 専従	専従 専従	専従 専従

- 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 施設長の職務については、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。
4 本体施設の施設長は、「施設長(老人ホーム)」、「病院」、「診療所」、「介護老人保健施設」、「介護施設」、「特定施設入居者生活介護」、「地域密着型特定介護入居者生活介護」、「介護予防特定介護入居者生活介護」、「その他」を記入してください。

(参考) 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以外の場合の併設事業所型) 記入欄不足時の資料

■協力医療機関		
協力医療機関	名称	主な診療科目
	名称	主な診療科目
	名称	主な診療科目
	名称	主な診療科目

付表8-3

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				
	(郵便番号 ー)				
	所在地 県 都市				
	連絡先 フリガナ 氏名	電話番号 Email	FAX 番号		
管理	住所	(郵便番号 ー)			
	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	主な診療科目			
	名称	主な診療科目			
	名称	主な診療科目			
	名称	主な診療科目			
〇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 専従 兼務	生活相談員 専従 兼務	看護職員 専従 兼務	介護職員 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)		常勤(人) 非常勤(人)			
本体施設の施設等従事人数	常勤(人) 非常勤(人)	常勤(人) 非常勤(人)	常勤(人) 非常勤(人)	常勤(人) 非常勤(人)	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(人) 非常勤(人)	常勤(人) 非常勤(人)	常勤(人) 非常勤(人)	常勤(人) 非常勤(人)
常勤換算後の人数(人)		常勤(人) 非常勤(人)	常勤(人) 非常勤(人)	常勤(人) 非常勤(人)	常勤(人) 非常勤(人)
〇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			
利用室	利用者1人あたりの最小床面積	m ²			
食堂	食堂と機能訓練室の合計面積	m ²			
廊下	片廊下の幅	m			
廊下	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				
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 管理者の業務については、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

付表第一号(十一)

付表第一号(十一) 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

法人番号										
事業所名称	フリガナ									
所在地	(郵便番号 ー) 市 区 町 村									
連絡先	電話番号	FAX 番号				E-mail				
事業所種別 (該当に○を記入)	①介護老人保健施設 ②療養病床を有する病院・診療所 ③②に該当しない診療所 ④介護医療院									
管理者 氏 名	フリガナ				住所					
生年月日										
施設名										
サビ	①合築形式(いずれか一方を選択) 申請を行う部分の入居者又は入居者の定員 人									
サビ	②人員に関する基準の確認に必要な事項 施設申請を行う関係部分又は 診療所の従業者の職種・員数									
サビ	医師	薬剤師	看護職員	介護職員	栄養士	その他				
サビ	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
サビ	常 勤(人)									
サビ	非常勤(人)									
サビ	労働時間後の人数(人)									
サビ	③設備に関する基準の確認に必要な事項 施設申請を行う関係(病室・病室)部分の設備基準上の数値記載項目									
サビ	廊下	片廊下の幅	m							
サビ	中廊下の幅	m								
サビ	居室	居室の構造	☐ 耐火建築物 ☐ 準耐火建築物 ☐ 木造							
サビ	④合築形式(いずれか一方を選択) 申請を行う部分の入居者又は入居者の定員 人									
サビ	⑤人員に関する基準の確認に必要な事項 施設申請を行う関係部分又は 診療所の従業者の職種・員数									
サビ	医師	薬剤師	看護職員	介護職員	栄養士	その他				
サビ	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
サビ	常 勤(人)									
サビ	非常勤(人)									
サビ	労働時間後の人数(人)									
サビ	⑥設備に関する基準の確認に必要な事項 施設申請を行う関係(病室・病室)部分の設備基準上の数値記載項目									
サビ	廊下	片廊下の幅	m							
サビ	中廊下の幅	m								
サビ	居室	居室の構造	☐ 耐火建築物 ☐ 準耐火建築物 ☐ 木造							
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居者又は入居者の定員」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 廊下、中廊下、居室、居室の構造は、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。
4 別添の書類は、添付の必要はありません。

(参考) 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記入欄不足時の取扱い

療養病床

施設名										
サビ	①合築形式(いずれか一方を選択) 申請を行う部分の入居者又は入居者の定員 人									
サビ	②人員に関する基準の確認に必要な事項 施設申請を行う関係部分又は 診療所の従業者の職種・員数									
サビ	医師	薬剤師	看護職員	介護職員	栄養士	その他				
サビ	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
サビ	常 勤(人)									
サビ	非常勤(人)									
サビ	労働時間後の人数(人)									
サビ	③設備に関する基準の確認に必要な事項 施設申請を行う関係(病室・病室)部分の設備基準上の数値記載項目									
サビ	廊下	片廊下の幅	m							
サビ	中廊下の幅	m								
サビ	居室	居室の構造	☐ 耐火建築物 ☐ 準耐火建築物 ☐ 木造							
サビ	④合築形式(いずれか一方を選択) 申請を行う部分の入居者又は入居者の定員 人									
サビ	⑤人員に関する基準の確認に必要な事項 施設申請を行う関係部分又は 診療所の従業者の職種・員数									
サビ	医師	薬剤師	看護職員	介護職員	栄養士	その他				
サビ	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
サビ	常 勤(人)									
サビ	非常勤(人)									
サビ	労働時間後の人数(人)									
サビ	⑥設備に関する基準の確認に必要な事項 施設申請を行う関係(病室・病室)部分の設備基準上の数値記載項目									
サビ	廊下	片廊下の幅	m							
サビ	中廊下の幅	m								
サビ	居室	居室の構造	☐ 耐火建築物 ☐ 準耐火建築物 ☐ 木造							

付表9

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

事業所名称	フリガナ									
所在地	(郵便番号 ー) 県 都市									
連絡先	電話番号	FAX 番号				E-mail				
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居者又は入居者の定員	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 氏 名	フリガナ				住所					
生年月日										
⑦人員に関する基準の確認に必要な事項 指定申請を行う関係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					
常 勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)										
⑧設備に関する基準の確認に必要な事項 指定申請を行う関係(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
④ 入院患者1人あたり床面積										m ²
④ 老人性痴呆疾患療養病棟の用に供される床面積										m ²
④ 廊下 片廊下の幅										m
④ 中廊下の幅										m
④ 生活機能回復訓練室面積										m ²
④ 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
⑤ 廊下 片廊下の幅										m
⑤ 中廊下の幅										m
⑤ 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居者又は入居者の定員」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。

(別添)

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 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 第一号 (十二)

付表第一号(十二) 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等に係る記載事項									
事業所	法人番号								
	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村							
	連絡先	電話番号 Email	(内線)		FAX番号				
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								
サービスの提供形態 (該当に○)	介護専用型以外								
	一般型								
管理者	外部サービス利用型								
	フリガナ			(郵便番号 ー)	住所				
	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)								
他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地								
	兼務先のサービス種別、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		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
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		人(前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)					
利用者数		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次頁の記入欄不足時の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。									
(参考) 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等に係る記載事項記入欄不足時の資料									
■協力医療機関									
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					

付表 10

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 ー) 県 都市							
	連絡先	電話番号 Email			FAX 番号				
	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								
サービスの提供形態 (該当に○)	介護専用型以外								
	一般型								
管理者	外部サービス利用型								
	フリガナ			(郵便番号 ー)	住所				
	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					
	名称			主な診療科名					
	名称			主な診療科名					
協力医療機関	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
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		人(前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)					
利用者数		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当該					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 第一号 (十三)

付表第一号(十三) 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村			
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX 番号	
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)				
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地			
		兼務先のサービス種別 兼務する職種及び勤務時間等			
	貸与種目				
利用者の推定数		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		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 貸与種目は、「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「手すり」、「スロープ」、「歩行器」、「歩行補助つえ」、「認知症老人徘徊感知機器」、「移動用リフト(つり具の部分を除く。）」、「自動排泄処理装置」のうちから記入してください。

付表 1 1

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 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				
	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	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 第一号（十四）

付表第一号(十四) 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	法人番号			
	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号 Email	(内線)	FAX 番号

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)		
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地	
	兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等		

販売種目			
利用者の推定数	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	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 販売種目は、「腰掛便座」、「自動排泄処理装置の交換可能部品」、「排泄予測支援機器」、「入浴補助用具」、「簡易浴槽」、「移動用リフトのつり具の部分」、「スロープ」、「歩行器」、「歩行補助つえ」のうちから記入してください。

付表 1 2

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 Email	FAX 番号	

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 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 第一号 (十五)

付表第一号(十五) 介護老人福祉施設の指定に係る記載事項

施設	法人番号 フリガナ					
	名 称					
	所在地 (郵便番号 ー) 都 道 府 県 市 区 町 村					
	連絡先 フリガナ氏 名 生年月日	電話番号 Email	(内線)	FAX 番号		
管 理 者	当該施設で業務する他の職種(業務の場合のみ記入)					
	業務先の名称、所在地					
サ ー ビ ス 提 供 機 関	他の事業所、知事等の依頼との実施(業務の委託のみ記入)		業務内容等 どのような業務、主務する職種及び勤務条件等			
協 力 医 療 機 関	短期入所生活介護の有無	☐ 毎 ☐ 無	事業の実施形態	☐ サブ型 ☐ 併設型		
	名称		主な診療科名			
	名称		主な診療科名			
	名称		主な診療科名			
介護形式(いずれか一方を選択)	☐ 従来型 ☐ ユニット型					
	〇人員に関する基準の確認に必要な事項					
サ ー ビ ス 提 供 機 関	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 ※業務	専従 ※業務	専従 ※業務	専従 ※業務
	介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数(常勤換算後の人数(人))		常 勤(人)	非常勤		
			常勤換算後の人数(人)			
	介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数(常勤換算後の人数(人))		常 勤(人)	非常勤		
			常勤換算後の人数(人)			
	〇設備に関する基準の確認に必要な事項		人(恒定数を記入)	短期入所利用者数	人(恒定数を記入)	
	介護老人福祉施設		短期入所生活介護			
	居 1室あたりの最大定員		人		人	
	室 利用者1人あたりの最小床面積		m ²		m ²	
サ ー ビ ス 提 供 機 関	居室と機能訓練室の合計面積		m ²		m ²	
	廊 下 中廊下の幅		m		m	
	建築物の構造		☐ 耐火建築物 ☐ 準耐火建築物 ☐ その他			
	入所定員		人			
	添付書類		別添のとおり			
	介護形式(いずれか一方を選択)		☐ 従来型 ☐ ユニット型			
	〇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 ※業務	専従 ※業務	専従 ※業務	専従 ※業務
	介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数(常勤換算後の人数(人))		常 勤(人)	非常勤		
		常勤換算後の人数(人)				
介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数(常勤換算後の人数(人))		常 勤(人)	非常勤			
		常勤換算後の人数(人)				
〇設備に関する基準の確認に必要な事項		人(恒定数を記入)	短期入所利用者数	人(恒定数を記入)		
介護老人福祉施設		短期入所生活介護				
居 1室あたりの最大定員		人		人		
室 利用者1人あたりの最小床面積		m ²		m ²		
居室と機能訓練室の合計面積		m ²		m ²		
廊 下 中廊下の幅		m		m		
建築物の構造		☐ 耐火建築物 ☐ 準耐火建築物 ☐ その他				
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次頁の記入欄不足時の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 従業者の業務については、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 従業者の職種・員数の「※業務」欄は、短期入所生活介護以外の業務を行う従業者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」欄に記載してください。

(参考) 介護老人福祉施設の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関	名称		主な診療科名	
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	

付表 13

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 都市				
	連絡先 フリガナ氏 名 生年月日	電話番号 Email	FAX 番号		
管 理 者	同一敷地内他の事業所又は施設の仕事者との業務(業務の場合記入)		名称		
	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		
〇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 ※業務	専従 ※業務	専従 ※業務	専従 ※業務
介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数(常勤換算後の人数(人))		常 勤(人)	非常勤		
		常勤換算後の人数(人)			
介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数(常勤換算後の人数(人))		常 勤(人)	非常勤		
		常勤換算後の人数(人)			
〇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 1室あたりの最大定員		人		人	
室 利用者1人あたりの最小床面積		m ²		m ²	
居室と機能訓練室の合計面積		m ²		m ²	
廊 下 中廊下の幅		m		m	
建築物の構造		☐ 耐火建築物 ☐ 準耐火建築物 ☐ その他			
入所定員		人(恒定数を記入)	短期入所利用者数	人(恒定数を記入)	
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紙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 従業者の業務については、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 従業者の職種・員数の「※業務」欄は、短期入所生活介護以外の業務を行う従業者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」欄に記載してください。

(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、老人福祉法に基づき届出により確認ができる場合は不要です。

[illegible]

■協力医療機関											
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								

■通所リハビリテーションサービス提供単位3以降											
サービス提供単位3	○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 専従 兼務	作業療法士 専従 兼務	言語聴覚士 専従 兼務	看護職員 専従 兼務	介護職員 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										
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
	その他(年末年始休日等)										
	営業時間			～		～		～		～	
	曜日ごとに異なる場合記入	平日		～		～		～		～	
		土曜日		～		～		～		～	
	日曜日・祝日		～		～		～		～		
サービス提供時間			～		～		～		～		
利用定員			人								
サービス提供単位4	○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 専従 兼務	作業療法士 専従 兼務	言語聴覚士 専従 兼務	看護職員 専従 兼務	介護職員 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										
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
	その他(年末年始休日等)										
	営業時間			～		～		～		～	
	曜日ごとに異なる場合記入	平日		～		～		～		～	
		土曜日		～		～		～		～	
	日曜日・祝日		～		～		～		～		
サービス提供時間			～		～		～		～		
利用定員			人								

施設	フリガナ 名 称																											
	所在地		県		市																							
	連絡先 電話番号 E-mail	フリガナ 氏 名		住所		(郵便番号 ー)																						
管 理	生年月日																											
舎	同一敷地内他の事業所又は 施設の従業員との乗務 (乗務の乗務人)		名称		業務する職種																							
	通所利用希望介護の受給の有無		☐ 有 ☐ 無		通所/ハビリテーションの実施の有無																							
	居居を共同する事業所等の名称 (共同する場合記入)		カナ 名称																									
協力 事業 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																							
	名称				主な診療科名																							
入居者の予定数													人一日当たりの通所部利用予定数															
○人員に関する基準の満たしに必要事項																												
従業員等の職種・人数																												
介護老人保健施設及び 通所/ハビリテーション 従事人数													専任		兼務		専任		兼務		専任		兼務		専任		兼務	
常勤職員後の人数(人)																												
理学・作業療法士													専任		兼務		専任		兼務		専任		兼務					
介護老人保健施設及び 通所/ハビリテーション 従事人数													専任		兼務		専任		兼務		専任		兼務					
常勤職員後の人数(人)																												
○設備に関する基準の満たしに必要事項																												
専機室													1室の最大定員												人			
廊下													入居者1人あたり敷小床面積												㎡			
廊下													片廊下の幅												m			
廊下													中廊下の幅												m			
機能訓練室面積																							㎡					
洗面室面積																							㎡					
入居者室																							人					
○通所/ハビリテーションの人員及び設備に関する基準の満たしに必要事項(該当する場合はのみ)																												
常 勤 (人)													理学療法士		作業療法士		看護職員		介護職員				医師					
非常勤(人)																												
常勤職員後の人数(人)																												
専用の部屋の面積																					㎡							
単位時間別 (単位時間別面積を明示)													①		②		③		④		⑤		⑥					
利用定員													人		人		人		人		人							
定員数													人		人		人		人		人							
送付書													送付書		送付書		送付書		送付書		送付書							

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

〈標準形式〉 従業者の職務の体制及び勤務形態一覧表

[illegible][illegible]

(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()

[illegible]

- | | |
|----|---|
| 備考 | <p>1 *欄には、当該月の曜日を記入してください。</p> <p>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。</p> <p>(記載例1-勤務時間 a: 8:30~17:00、d:16:30~1:00、c:30:30~9:00、e休日)</p> <p>(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)</p> <p>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、「過平均の勤務時間」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合計を記入してください。</p> <p>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</p> <p>4 常勤勤務が必要な職種は、A~Dの「過平均の勤務時間」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。</p> <p>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。</p> <p>6 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、氏名及び当該事業所の業務内容が確認できる場合は、その書類を添えて添付書類として差し支えありません。</p> |
|----|---|

(簿式様式)	役職名の付数の付加及び位置形態 表示	令和 6 (2024) 年 4 月	サービス種別 (事業所名) 0000	介護所名称 (資本金型) 0000
--------	--------------------	---------------------	-------------------------	------------------------

[illegible]

[illegible]

■シフト12号表（点検時間表）

[illegible]

[illegible]

日	月	年	曜日	時間	勤務時間
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	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102
103	104	105	106	107	108
109	110	111	112	113	114
115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132
133	134	135	136	137	138
139	140	141	142	143	144
145	146	147	148	149	150
151	152	153	154	155	156
157	158	159	160	161	162
163	164	165	166	167	168
169	170	171	172	173	174
175	176	177	178	179	180
181	182	183	184	185	186
187	188	189	190	191	192
193	194	195	196	197	198
199	200	201	202	203	204
205	206	207	208	209	210
211	212	213	214	215	216
217	218	219	220	221	222
223	224	225	226	227	228
229	230	231	232	233	234
235	236	237	238	239	240
241	242	243	244	245	246
247	248	249	250	251	252
253	254	255	256	257	258
259	260	261	262	263	264
265	266	267	268	269	270
271	272	273	274	275	276
277	278	279	280	281	282
283	284	285	286	287	288
289	290	291	292	293	294
295	296	297	298	299	300
301	302	303	304	305	306
307	308	309	310	311	312
313	314	315	316	317	318
319	320	321	322	323	324
325	326	327	328	329	330
331	332	333	334	335	336
337	338	339	340	341	342
343	344	345	346	347	348
349	350	351	352	353	354
355	356	357	358	359	360
361	362	363	364	365	366
367	368	369	370	371	372
373	374	375	376	377	378
379	380	381	382	383	384
385	386	387	388	389	390
391	392	393	394	395	396
397	398	399	400	401	402
403	404	405	406	407	408
409	410	411	412	413	414
415	416	417	418	419	420
421	422	423	424	425	426
427	428	429	430	431	432
433	434	435	436	437	438
439	440	441	442	443	444
445	446	447	448	449	450
451	452	453	454	455	456
457	458	459	460	461	462
463	464	465	466	467	468
469	470	471	472	473	474
475	476	477	478	479	480
481	482	483	484	485	486
487	488	489	490	491	492
493	494	495	496	497	498
499	500	501	502	503	504
505	506	507	508	509	510
511	512	513	514	515	516
517	518	519	520	521	522
523	524	525	526	527	528
529	530	531	532	533	534
535	536	537	538	539	540
541	542	543	544	545	546
547	548	549	550	551	552
553	554	555	556	557	558
559	560	561	562	563	564
565	566	567	568	569	570
571	572	573	574	575	576
577	578	579	580	581	582
583	584	585	586	587	588
589	590	591	592	593	594
595	596	597	598	599	600
601	602	603	604	605	606
607	608	609	610	611	612
613	614	615	616	617	618
619	620	621	622	623	624
625	626	627	628	629	630
631	632	633	634	635	636
637	638	639	640	641	642
643	644	645	646	647	648
649	650	651	652	653	654
655	656	657	658	659	660
661	662	663	664	665	666
667	668	669	670	671	672
673	674	675	676	677	678
679	680	681	682	683	684
685	686	687	688	689	690
691	692	693	694	695	696
697	698	699	700	701	702
703	704	705	706	707	708
709	710	711	712	713	714
715	716	717	718	719	720
721	722	723	724	725	726
727	728	729	730	731	732
733	734	735	736	737	738
739	740	741	742	743	744
745	746	747	748	749	750
751	752	753	754	755	756
757	758	759	760	761	762
763	764	765	766	767	768
769	770	771	772	773	774
775	776	777	778	779	780
781	782	783	784	785	786
787	788	789	790	791	792
793	794	795	796	797	798
799	800	801	802	803	804
805	806	807	808	809	810
811	812	813	814	815	816
817	818	819	820	821	822
823	824	825	826	827	828
829	830	831	832	833	834
835	836	837	838	839	840
841	842	843	844	845	846
847	848	849	850	851	852
853	854	855	856	857	858
859	860	861	862	863	864
865	866	867	868	869	870
871	872	873	874	875	876
877	878	879	880	881	882
883	884	885	886	887	888
889	890	891	892	893	894
895	896	897	898	899	900
901	902	903	904	905	906
907	908	909	910	911	912
913	914	915	916	917	918
919	920	921	922	923	924
925	926	927	928	929	930
931	932	933	934	935	936
937	938	939	940	941	942
943	944	945	946	947	948
949	950	951	952	953	954
955	956	957	958	959	960
961	962	963	964	965	966
967	968	969	970	971	972
973	974	975	976	977	978
979	980	981	982	983	984
985	986	987	988	989	990
991	992	993	994	995	996
997	998	999	1000	1001	1002
1003	1004	1005	1006	1007	1008
1009	1010	1011	1012	1013	1014
1015	1016	1017	1018	1019	1020
1021	1022	1023	1024	1025	1026
1027	1028	1029	1030	1031	1032
1033	1034	1035	1036	1037	1038
1039	1040	1041	1042	1043	1044
1045	1046	1047	1048	1049	1050
1051	1052	1053	1054	1055	1056
1057	1058	1059	1060	1061	1062
1063	1064	1065	1066	1067	1068
1069	1070	1071	1072	1073	1074
1075	1076	1077	1078	1079	1080
1081	1082	1083	1084	1085	1086
1087	1088	1089	1090	1091	1092
1093	1094	1095	1096	1097	1098
1099	1100	1101	1102	1103	1104
1105	1106	1107	1108	1109	1110
1111	1112	1113	1114	1115	1116
1117	1118	1119	1120	1121	1122
1123	1124	1125	1126	1127	1128
1129	1130	1131	1132	1133	1134
1135	1136	1137	1138	1139	1140
1141	1142	1143	1144	1145	1146
1147	1148	1149	1150	1151	1152
1153	1154	1155	1156	1157	1158
1159	1160	1161	1162	1163	1164
1165	1166	1167	1168	1169	1170
1171	1172	1173	1174	1175	1176
1177	1178	1179	1180	1181	1182
1183	1184	1185	1186	1187	1188
1189	1190	1191	1192	1193	1194
1195	1196	1197	1198	1199	1200
1201	1202	1203	1204	1205	1206
1207	1208	1209	1210	1211	1212
1213	1214	1215	1216	1217	1218
1219	1220	1221	1222	1223	1224
1225	1226	1227	1228	1229	1230
1231	1232	1233	1234	1235	1236
1237	1238	1239	1240	1241	1242
1243	1244	1245	1246	1247	1248
1249	1250	1251	1252	1253	1254
1255	1256	1257	1258	1259	1260
1261	1262	1263	1264	1265	1266
1267	1268	1269	1270	1271	1272
1273	1274	1275	1276	1277	1278
1279	1280	1281	1282	1283	1284
1285	1286	1287	1288	1289	1290
1291	1292	1293	1294	1295	1296
1297	1298	1299	1300	1301	1302
1303	1304	1305	1306	1307	1308
1309	1310	1311	1312	1313	1314
1315	1316	1317	1318	1319	1320
1321	1322	1323	1324	1325	1326
1327	1328	1329	1330	1331	1332
1333	1334	1335	1336	1337	1338
1339	1340	1341	1342	1343	1344
1345	1346	1347	1348	1349	1350
1351	1352	1353	1354	1355	1356
1357	1358	1359	1360	1361	1362
1363	1364	1365			

標準様式 2

(標準様式 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

サービス	予防サービスの場合に○	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 5

(参考様式 5)

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	予防サービスの場合に○	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。

11

調理室 30㎡	談話室 20㎡	相談室 20㎡	診察室 40㎡ 調剤室	展示コーナー	
				玄関ホール	
機能訓練室 100㎡ (食堂兼用)	浴室 70㎡			便所 20㎡	事務室 30㎡

3 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。

1111

調理室 30㎡	談話室 20㎡	相談室 20㎡	診察室 40㎡ 調剤室	展示コーナー	
				玄関ホール	
機能訓練室 100㎡ (食堂兼用)	浴室 70㎡			便所 20㎡	事務室 30㎡

3 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。

居室面積一覽表

[illegible]

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、付表及び平面図で確認できる項目以外の事項について記載してください。

2 「設備の種類」、「備品の種類」及び「設備基準上適合すべき項目」については、予め指定権者が、サービス毎に確認すべき内容を本様式に記載し、申請者が「チェック欄」、「品名」及び「数量」を記入して提出する形とすることを推奨します。

標準様式 5

(標準様式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

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 4

(参考様式4)

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。

標準様式 6

(標準様式6)

誓 約 書

年 月 日

〇〇 都道府県知事 殿

申請者 (名称)

(代表者の職名・氏名)

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

別紙①： 居宅サービス事業所向け
別紙②： 介護老人福祉施設向け
別紙③： 介護老人保健施設向け
別紙④： 介護医療院向け
別紙⑤： 介護予防サービス事業所向け

(該当に○)

参考様式 6

(参考様式6)

誓 約 書

年 月 日

〇〇都道府県知事 殿

申請者 (名称)

(代表者の職名・氏名)

印

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

別紙①： 居宅サービス事業所向け
別紙②： 介護老人福祉施設向け
別紙③： 介護老人保健施設向け
別紙④： 介護医療院向け
別紙⑤： 介護予防サービス事業所向け

(該当に○)

(別紙①:居宅サービス事業所向け)
介護保険法第70条第2項

	申請者が経済活動の事例である等でないこと。
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、第七十四条第一項に都道府県の条例で定める基準及び同項の施行細則の条例で定める員数を満たさないこと。
三	申請者が、第七十四条第二項の規定する指定居宅サービス等の事業の整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こと。
四	申請者が、筆頭以上の利用に乏しければ、その執行を行わず、又は執行を受けることがないとするのであつて、
五	申請者が、この法律その他の国民の保健医療並びに福祉に関する法律で政令で定めものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わし、又は執行を受けるといふことになるものであることであつて、
五・二	申請者が、労働に関し該法律の規定であつて政令で定めものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わし、又は執行を受けるといふことになるまでのものであると。
五・三	申請者、社会保険労務法及び労働関係の諸法の徴収等に關する法律（昭和四十四年法律第八十号）の定めるところにより執行義務を負う税関、負担又は掛金（地方税法の規定による國民健康保険法等を含む。以下この章、第七十八号の第四項第五号の三、第七十九条第二項第五号の三、第九十一條第三項第五号の三、第九十七條第五号の三、第九十五條の二第二項第五号の三、第九十五條の三第二項第五号の三、第九十六條の二第二項第五号の三、第九十七條第五号の三、第九十八條第五号の三、第九十九條第五号の三、第一百零一條第五号の三、第一百零二條第五号の三及び第十條の二第二項第五号の三（当該法令のうち申請者が、当該施設に係る居宅サービスの執行職務を負うとして定める法律によつて執行職務を負う職務に類すること。第七十八條の二第二項第五号の三、第七十九條第五号の三、第九十五條第五号の三、第九十六條第五号の三、第九十七條第五号の三、第九十八條第五号の三、第九十九條第五号の三及び第十條の二第二項第五号の三において同一。））若しくは懲罰を被つていないことを要する。
六	申請（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九十五条第三十三条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とき（当該指定を取り消された日が法人である場合には、当該取消しの処分に係る行政訴訟法第五十五条の規定による通知があつた日か六十日以内に当該施設の役員を兼ねたりする社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者以外の、相殺後、顧問その他いかなる名称を有するにあつても、間接的、法人に別業態を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者等以上の支配力を有するものとの認められるものを指す。第五節第六百一十三条第三項二について）、又はその事業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。）であつた者が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。ただし、当該指定を取り消されたときは、当該取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消し、当該指定の取り消しの部分の理由となつた事実及び当該事業の禁止を執り止めたもの当該指定居宅サービス事業者であるべき。たとひ、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指定の取消しの部分の理由となつた事実及び当該事業の禁止を執り止めたもの当該指定居宅サービス事業者による事業管理体の整備についで取組の状況その他の当該事業実施上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、この条文に規定する指定の取消しに該当しないこととするや相当であると認められるものとして（厚生労働省で定めもの）に該当する場合を除く。
六・二	申請（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九十五条第三十三条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とき（当該指定を取り消された日が法人である場合には、当該取消しの処分に係る行政訴訟法第五十五条の規定による通知があつた日か六十日以内に当該施設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。当該指定を取り消された者が法人でない事例も、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、当該指定の取り消しの部分の理由となつた事実及び当該事業の禁止を執り止めたもの当該指定居宅サービス事業者による事業管理体の整備についで取組の状況その他の当該事業実施上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、この条文に規定する指定の取消しに該当しないこととするや相当であると認められるものとして（厚生労働省で定めもの）に該当する場合を除く。
六・三	申請者と管理可能な利用者となる者（申請者（法人を除く。以下この号において同じ。）の株式の所有者その他事由を通じて当該申請者の事業の実質的な支配、若しくはその事業に重要な影響を及ぼす関係を有する者（申請者（法人）が定めるもの）（以下の号において「申請者の親会社」という。）、申請者の親会社が所有する株式の所有者その他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及ぼす関係を有する者に係る場合においては当該申請者の株式の所有者その他の事由を通じてその事業を実質的に支配、若しくはその事業に重要な影響を及ぼす關係にあるとして（厚生労働省で定めもの）のもの、当該申請者と厚生労働省で定め必要な関係を有する個人をいう。以下の第二号に不同し。）が、第七十七条第一項又は第九十五条第三十三条第六項の規定により指定受取取消し、その取消しの日から起算して五年を経過していないとされた。ただし、当該指定を取り消した場合は、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、当該指定の取り消しの部分の理由となつた事実及び当該事業の禁止を執り止めたもの当該指定居宅サービス事業者による事業管理体の整備についで取組の状況その他の当該事業実施上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、この条文に規定する指定の取消しに該当しないこととするや相当であると認められるものとして（厚生労働省で定めもの）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九十五条第三十三条第六項の規定による指定の取消しの処分に係る行政訴訟法第五十五条の規定による通知があつた日に当該取消分の首日又は処分の日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通知をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該取消日の日から起算して五年を経過しないものであること。
七・二	申請者が、第七十七条第一項の規定より機器が行われた日から應答決定予定日（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の処分に係る開示期間におけるかの決定をする）が見込まれるとして（厚生労働省で定めもの）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変更の日を通知した場合における当該検査の日付より、前掲第七十七条第一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、当該取消日の日から起算して五年を経過しないものであること。
八	第七十七条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届出があつた場合において、申請者が、同条の通知の日から六十日以内に当該届出に係る個人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員又は当該届出に係る個人でない事務所（当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。）の管理者であつた者で、当該取消日の日から起算して五年を経過しないものであること。
九	申請者が、指定の申請前日より三日以内にその役員等に親しく不正又は不当行為をした者であること。
十	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、法人で、その役員等のうちの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のあつることであること。
十・二	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、法人でない事業所等、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のあつることであること。
十一	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、法人でない事業所等、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のあつることであること。
十二	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、法人でない事業所等、その管理者が第四号から第六号の三まで、第六号の二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こと。

(別紙①:居宅サービス事業所向け)
介護保険法第70条第2項

[illegible]

(別紙②:介護老人福祉施設向け)
介護保険法第86条第2項

第十八(八)条第一項に規定する人員を有しないこと。

第二十八(八)条第二項に規定する指針は福祉施設の設置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となるべきものでない」と認められ、と云ふ。

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関係又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、その執行を終り、又は執行を受けることがなくなるまでのものであること。

四 当該特別養護老人ホームの開設者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終り、又は執行を受けることがあるものとする。

五 当該特別養護老人ホームの開設者が、労働保険法、地方公務員等共済組合法、厚生年金制度又は労働者の保護に関する法律の定めるところにより引付義務を負う保険料、負担金又は掛金を支払ひ、当該引付義務の履行が滞り、かつ、この法律の規定に基づき滞り分擔され、かつ、当該処分を履行した日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該滞り分擔の引取を怠る場合又は引付金の支払ひが滞り、かつ、当該滞りに係る保険料、負担金又は掛金の引付義務を怠ることを要する旨の法律によつて引付義務を負ふ保険料、負担金又は掛金を支払ひ、これを引續し延滞して居るものと見做すこと。

六 当該特別養護老人ホームの開設者が、第九十(一)条第一項又は第九十五(三)条第三十六項の規定により指定を受け得た後、その取消の日から起算して五年を経過しない者であること。ただし、当該指定の取消しが、指定した老人福祉施設の指配の取消し、若しくは当該指定の取消しの理由となる事実及び該事実の発生が生ずることから当該指定が不適切となつたと認められる場合には業務管理体制の整備についでその取消の状況その他の当該事業所に関して当該指定に係る老人福祉施設の開設者に対する責任の程度を考慮して、この本条の規定する期限を延長することができることとする。

七 当該特別養護老人ホームの開設者が、第九十(一)条第一項又は第九十五(三)条第三十六項の規定により指定を受けた後、その処分に係る行政手続第十五条の規定による通知が行つた日から当該処分を受ける又は処分しないことと決定する日までその間に第九十一條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。)が、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とあつて、

八 当該特別養護老人ホームの開設者が、第九十(一)條第一項の規定による検査が行われた日から開選決定予定日(当該検査の結果に基づき第九十二(一)條第一項の規定による指定の取消の処分を受ける場合に係る開選決定予定日の前二日以内に厚生労働省長が定めることとする。)都府県庁舎において当該特別養護老人ホームの開設者に当該特別養護老人ホームの取扱いについて特定期限に至る通知(以下「通知」といふ)を行つた後、その間、第九十一條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。)が、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とあつて、

九 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上に廃宅事件等に關し不正又は著しく不当な行為をした者であること。

十 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次のいずれかに該当する者でないこと。

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

口 第三号 第三号の一又は前号に該当する者

二、本法は、同法第百四十四條又は同法第百四十五條第三項に於て罰則を定むる罰則規定の趣旨は、同法第百四十四條の趣旨に準ずるものとす。

この法律、国民健康保険法及び国民年金法の定めるところにより納付義務を負う被保険者(地方公共団体の規定による国民健康保険を言ふ。以下同じ)において(保険料等)といふ。これにより、当該申請を受けた日の前日までに、納付義務の定めたる法律の規定に基づき滞納処分を受けた者(以下「滞納処分を受けた者」といふ)は、当該処分を受けた日より以降に滞納期限の到来した保険料等の全て(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と定める法律に基づく納付義務を負う保険料等に限定する)を支払ひ、滞りなく納付する者

[illegible]

市 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(当該指定の辞退に付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、同様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が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

(別紙③:介護老人保健施設向け)

介護保険法第94条第3項

	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五十九条第一項に規定する療養室、診療室及び機能訓練室並びに都道府県の条例で定める施設又は同条第二項の厚生労働省令及び都道府県の条例で定める人員を有しないとき。
三	第七十九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、第四十条の二の三に規定し、その執行を終わし、又は執行を続けることがなくなるまでの間、その執行を怠るとき。
五	申請者が、この法律その他国の保健医療若しくは福祉に関する法律で定められるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わし、又は執行を受けることがなくなるまでの間、その執行を怠るとき。
五の二	申請者が、労働関係に関する法律で規定して罰金で定められるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わし、又は執行を受けることがなくなるまでの間、その執行を怠るとき。
五の三	申請者が、保険料等金について、当該申請した日の前日までに、納付義務を定める法律の規定に基づく納付処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく二ヶ月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日から翌日に納期前の到来した保険料等の全てを納付し終結していないときであるとき。
六	申請者が、第五十九条第一項又は第五十五条の三十五第六項の規定により許可を取り消されたとき、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は、当該法人において、当該取消しの効力に係る行政手続第五十五条の規定による通知があった日前十日以内に当該法人役員又は当該施設に介護老人保健施設の管理若しくは運営に係る当該法人の役員若しくは職員が当該施設に厚生労働省令で定められているような方法で定めていられる場合においては、当該施設が当該日前六个月内以内に当該施設の開設した介護老人保健施設の管理若しくは運営に係る当該法人の役員又は職員が当該施設に厚生労働省令で定められているような方法で定めていられる場合においては、当該許可の取消しが、介護老人保健施設の管理の取消の効力に係る当該許可の取消の効力の発生したときと事実及び当該事業の責任を妨止するものとする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等について）の取組の状況その他の当該事業に関する当該介護老人保健施設の開設者としての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ところに該当する場合を除く。
七	申請者が、第五十九条第一項又は第五十五条の三十五第六項の規定により許可の取消しの効力に係る行政手続第五十五条の規定による通知があった日から当該処分を受けた日又は当該処分のないことと決定する日までの間に第九十九条第二項の規定による處分の期間に当該申請者が当該處分について当該理由があるときであるとき、当該處分の日から起算して五年を経過しないものとするとき。
七の二	申請者が、第五十九条第一項又は第五十五条の三十五第六項の規定による通知があった日（当該通知の結果として第五十九条第一項の規定による許可の取消の効力に係る通知が行なわれることと決定する日）が当該法人として厚生労働省令で定めるところにより都府県県知事又は当該申請者が当該通知が行なわれる日から十日以内に特定の日に当該通知した場合における当該特定の日のうち、またその間に第九十九条第二項の規定による處分の届出をしたとき（当該申請者が当該通知が行なわれる日から起算して五年を経過しないものとするとき）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處分の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日から十日以内に当該届出に係る法人（当該法人について相当の理由がある人を除く。）の開設した当該施設に介護老人保健施設の管理若しくは運営に係る当該法人の役員又は職員が当該施設に厚生労働省令で定められているような方法で定めていられる場合においては、当該施設が当該日前六个月内以内に当該施設の開設した介護老人保健施設の管理若しくは運営に係る当該法人の役員又は職員が当該施設に厚生労働省令で定められているような方法で定めていられる場合においては、当該許可の取消しが、介護老人保健施設の管理の取消の効力に係る当該許可の取消の効力の発生したときと事実及び当該事業の責任を妨止するものとする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等について）の取組の状況その他の当該事業に関する当該介護老人保健施設の開設者としての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ところに該当する場合を除く。
九	申請者が、許可の申請前年以内に懲りセービス等に関し不正又は不当行為をしたときであるとき。
十	申請者が、法人で、その役員等のうち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又は法人でないもので、その事業所を管理する者その他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。

(別紙②:介護老人福祉施設向け)

介護保険法第86条第2項

[illegible]

(別紙③:介護老人保健施設向け)

介護保険法第94条第3項

[illegible]

(別紙④：介護医療院向け)

介護保険法第107条第3項

- 一 当該介護医療院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 当該介護医療院が第百一十条第一項に規定する療養室、診療室、処置室及び機能訓練室並びに都道府県の条例で定める施設又は同条第二項の厚生労働省令及び都道府県の条例で定める人員を有しないとき、
- 三 第百一十条第三項に規定する介護医療院の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護医療院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、禁煙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、この法律その他の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、労働に関する法律の規定であって政令で定めるもの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、
- 七 申請者が、保護料等について、当該申請提出日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づき滞納処分を受け、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から以後に納期限の到来した保護料等の全てを引き続き滞納している者であるとき、
- 八 申請者が、第百十四条の六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た者、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で定める場合においては、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から六十日以内に当該法人の役員又はその開設した介護医療院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。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は、当該通知があった日から六十日以内に当該者の開設した介護医療院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、かつ、介護医療院の許可の取消し、のうち当該許可の取消し、の処分理由となった事実及び当該事業の発生を防止するための当該介護医療院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業に関して当該介護医療院の開設者が有している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として該当する場合を除く。
- 九 申請者が、第百十四条の六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は起算して五年を経過しないものであるとき、
- 十 申請者が、第百十四条の二第二項の規定による検査が行われた日から開業決定予定日（当該検査の結果に基づき第百十四条の六第一項の規定による許可の取消しの処分に係る通知が行き着く日）の決定をす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から当該申請書に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日に通知した場における当該特定の日の日という）までの間に第百十三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、
- 十一 第九号に規定する期間内に第百十三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者を除く。）の役員等又は（その開設した介護医療院の管理者又は当該届出に係る法人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。）の開設した介護医療院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、
- 十二 申請者が、許可の申請前五年以上に二居宅サービス等に関する不正又は著しく不当な行為をした者であるとき、
- 十三 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、
- 十四 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十二号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき、

(別紙⑤：介護予防サービス事業所向け)

介護保険法第115条の2第2項

- 一 申請者が都道府県の条例で定める者でないとき、
- 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都道府県の条例で定める基準及び同項の都道府県の条例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、禁煙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、この法律その他の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、労働に関する法律の規定であって政令で定めるもの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、
- 五の三 申請者が、保護料等について、当該申請提出日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づき滞納処分を受け、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から以後に納期限の到来した保護料等の全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に限る。）が、第百十五条の九第一項又は第百十五号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。）を取り消された者、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から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取消しの処分理由となった事実及び当該事業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業に関して当該指定介護予防サービス事業者が有している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として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、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、
- 六の三 申請者が、第百十五号の九第一項又は第百十五号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は起算して五年を経過しないものであるとき、
- 七 申請者が、第百十五号の九第一項又は第百十五号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は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、第百十五号の九第一項又は第百十五号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は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号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者を除く。）の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所（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上に二居宅サービス等に関する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（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、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（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、法人でない事業所で、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のあるものであるとき、
- 十二 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、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第五号の三まで、第六号の二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、

(別紙⑥：介護医療院向け)

介護保険法第107条第3項

- 一 当該介護医療院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 当該介護医療院が第百一十条第一項に規定する療養室、診療室、処置室及び機能訓練室並びに都道府県の条例で定める施設又は同条第二項の厚生労働省令及び都道府県の条例で定める人員を有しないとき、
- 三 第百一十条第三項に規定する介護医療院の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護医療院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、禁煙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、この法律その他の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、労働に関する法律の規定であって政令で定めるもの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、
- 七 申請者が、保護料等について、当該申請提出日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づき滞納処分を受け、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から以後に納期限の到来した保護料等の全てを引き続き滞納している者であるとき、
- 八 申請者が、第百十四条の六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た者、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で定める場合においては、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から六十日以内に当該法人の役員又はその開設した介護医療院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、かつ、介護医療院の許可の取消し、のうち当該許可の取消し、の処分理由となった事実及び当該事業の発生を防止するための当該介護医療院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業に関して当該介護医療院の開設者が有している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として該当する場合を除く。
- 九 申請者が、第百十四条の六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は起算して五年を経過しないものであるとき、
- 十 申請者が、第百十四条の二第二項の規定による検査が行われた日から開業決定予定日（当該検査の結果に基づき第百十四条の六第一項の規定による許可の取消しの処分に係る通知が行き着く日）の決定をす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から当該申請書に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日に通知した場における当該特定の日の日という）までの間に第百十三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、
- 十一 申請者が、第百十四条の二第二項の規定による検査が行われた日から開業決定予定日（当該検査の結果に基づき第百十四条の六第一項の規定による許可の取消しの処分に係る通知が行き着く日）の決定をす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から当該申請書に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日に通知した場における当該特定の日の日という）までの間に第百十三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、
- 十二 申請者が、許可の申請前五年以上に二居宅サービス等に関する不正又は著しく不当な行為をした者であるとき、
- 十三 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、
- 十四 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十二号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき、

(別紙⑤：介護予防サービス事業所向け)

介護保険法第115条の2第2項

- 一 申請者が都道府県の条例で定める者でないとき、
- 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都道府県の条例で定める基準及び同項の都道府県の条例で定める員数を満たしていないとき、
- 三 申請者が、第百十五号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、禁煙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、この法律その他の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、労働に関する法律の規定であって政令で定めるもの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、
- 五の三 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、第百十五号の九第一項又は第百十五号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。）を取り消された者、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から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取消しの処分理由となった事実及び当該事業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業に関して当該指定介護予防サービス事業者が有している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として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、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、
- 六の三 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、法人でない事業所で、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のあるものであるとき、
- 七の二 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、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第五号の三まで、第六号の二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、

標準様式 7

(標準様式 7)

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

参考様式 7

(参考様式 7)

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

※介護支援専門員証の写しを添付すること

参考様式 1

(参考様式 1)

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、「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 9

(参考様式 9)

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、「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 2

(参考様式 2)		
生活相談員 経歴書		
事業所・施設 名称		
フリガナ		
氏 名		
該当する資格要件に○を付す。 「同等以上の能力を有すると認められる者」の資格要件		
	(1)介護保険施設・事業所(福祉用具販売、貸与事業所は除く)において、計画の作成業務、又は相談援助業務の実務経験が通算1年以上	
	(2)(1)に該当しないが、介護福祉士資格又は介護支援専門員資格を有する者、若しくは実務者研修修了者のうち、介護保険施設・事業所(福祉用具販売、貸与事業所は除く)において、入所者・利用者の直接処遇に係る業務の実務経験が通算3年以上	
職 歴 等		
期 間	動 務 先 等	従事した業務の内容
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
資格又は修了した研修		
取 得 (修 了) 時 期	資格又は修了した研修の名称	
年 月		
年 月		
年 月		
山梨県特別養護老人ホームに関する基準を定める条例(第5条第2項) 生活相談員は、社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者 又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者でなければならない。		
1 「社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者」 ・社会福祉主事任用資格 ・社会福祉士 ・精神保健福祉士		
2 「同等以上の能力を有すると認められる者」の要件 (1)介護保険施設・事業所(福祉用具販売、貸与事業所は除く)において、計画の作成業務、又は相談援助業務の実務経験が通算1年以上 (2)(1)に該当しないが、介護福祉士資格又は介護支援専門員資格を有する者、若しくは実務者研修修了者のうち、介護保険施設・事業所(福祉用具販売、貸与事業所は除く)において、入所者・利用者の直接処遇に係る業務の実務経験が通算3年以上		
※1 当該経歴書は、「同等以上の能力を有すると認められる者」に該当する者を生活相談員として配置する場合にのみ、提出してください。		
※2 職歴等の「従事した業務の内容」については、具体的な業務の内容を記載してください。 例)入所者の生活相談業務、短期入所生活介護計画作成業務、通所介護事業所での介護業務 等		
※3 資格又は修了した研修については、資格者証又は研修修了者証の写しを添付してください。		

参考様式 8

(参考様式 8)		
生活相談員 経歴書		
事業所・施設 名称		
フリガナ		
氏 名		
該当する資格要件に○を付す。 「同等以上の能力を有すると認められる者」の資格要件		
	(1)介護保険施設・事業所(福祉用具販売、貸与事業所は除く)において、計画の作成業務、又は相談援助業務の実務経験が通算1年以上	
	(2)(1)に該当しないが、介護福祉士資格又は介護支援専門員資格を有する者、若しくは実務者研修修了者のうち、介護保険施設・事業所(福祉用具販売、貸与事業所は除く)において、入所者・利用者の直接処遇に係る業務の実務経験が通算3年以上	
職 歴 等		
期 間	動 務 先 等	従事した業務の内容
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
資格又は修了した研修		
取 得 (修 了) 時 期	資格又は修了した研修の名称	
年 月		
年 月		
年 月		
山梨県特別養護老人ホームに関する基準を定める条例(第5条第2項) 生活相談員は、社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者 又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者でなければならない。		
1 「社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者」 ・社会福祉主事任用資格 ・社会福祉士 ・精神保健福祉士		
2 「同等以上の能力を有すると認められる者」の要件 (1)介護保険施設・事業所(福祉用具販売、貸与事業所は除く)において、計画の作成業務、又は相談援助業務の実務経験が通算1年以上 (2)(1)に該当しないが、介護福祉士資格又は介護支援専門員資格を有する者、若しくは実務者研修修了者のうち、介護保険施設・事業所(福祉用具販売、貸与事業所は除く)において、入所者・利用者の直接処遇に係る業務の実務経験が通算3年以上		
※1 当該経歴書は、「同等以上の能力を有すると認められる者」に該当する者を生活相談員として配置する場合にのみ、提出してください。		
※2 職歴等の「従事した業務の内容」については、具体的な業務の内容を記載してください。 例)入所者の生活相談業務、短期入所生活介護計画作成業務、通所介護事業所での介護業務 等		
※3 資格又は修了した研修については、資格者証又は研修修了者証の写しを添付してください。		

参考様式 3

(参考様式3)											
共生型居宅サービスの基準に関する確認書 (訪問介護)											
令和 年 月 日											
事業所所在地											
事業所名称											
共生型訪問介護の利用者に対して適切なサービスを提供するため、次の事業所等(指定訪問介護事業所その他関係施設)から必要な技術的支援を受けています。											
事業所等の名称											
事業所番号											
主たる事業所等の所在地											
事業所のサービス種類											
電話番号											
管理者氏名											
備考											
※この確認書は、必要な技術的支援を受けている事業所等との協定等の写しを提出することで作成を省略することができます。 ※対象の事業所が複数ある場合は行の追加を行ってください。											

参考様式 1 0

(参考様式 10)											
共生型居宅サービスの基準に関する確認書 (訪問介護)											
平成 年 月 日											
事業所所在地											
事業所名称											
共生型訪問介護の利用者に対して適切なサービスを提供するため、次の事業所等(指定訪問介護事業所その他関係施設)から必要な技術的支援を受けています。											
事業所等の名称											
事業所番号											
主たる事業所等の所在地											
事業所のサービス種類											
電話番号											
管理者氏名											
備考											
※この確認書は、必要な技術的支援を受けている事業所等との協定等の写しを提出することで作成を省略することができます。 ※対象の事業所が複数ある場合は行の追加を行ってください。											

(参考様式 3)											
共生型居宅サービスの基準に関する確認書 (通所介護)											
令和 年 月 日											
事業所所在地											
事業所名称											
共生型通所介護の利用者に対して適切なサービスを提供するため、次の事業所等(指定通所介護事業所その他関係施設)から必要な技術的支援を受けています。											
事業所等の名称											
事業所番号											
主たる事業所等の所在地											
事業所のサービス種類											
電話番号											
管理者氏名											
備考											
※この確認書は、必要な技術的支援を受けている事業所等との協定等の写しを提出することで作成を省略することができます。 ※対象の事業所が複数ある場合は行の追加を行ってください。											

(参考様式 10)											
共生型居宅サービスの基準に関する確認書 (通所介護)											
平成 年 月 日											
事業所所在地											
事業所名称											
共生型通所介護の利用者に対して適切なサービスを提供するため、次の事業所等(指定通所介護事業所その他関係施設)から必要な技術的支援を受けています。											
事業所等の名称											
事業所番号											
主たる事業所等の所在地											
事業所のサービス種類											
電話番号											
管理者氏名											
備考											
※この確認書は、必要な技術的支援を受けている事業所等との協定等の写しを提出することで作成を省略することができます。 ※対象の事業所が複数ある場合は行の追加を行ってください。											

(参考様式 3)												
共生型居宅サービスの基準に関する確認書 (短期入所生活介護)												
令和 年 月 日												
事業所所在地												
事業所名称												
共生型短期入所生活介護の利用者に対して適切なサービスを提供するため、次の事業所等(指定短期入所生活介護事業所その他関係施設)から必要な技術的支援を受けています。												
事業所等の名称												
事業所番号												
主たる事業所等の所在地												
事業所のサービス種類												
電話番号												
管理者氏名												
備考												
※この確認書は、必要な技術的支援を受けている事業所等との協定等の写しを提出することで作成を省略することができます。 ※対象の事業所が複数ある場合は行の追加を行ってください。												

(参考様式 10)												
共生型居宅サービスの基準に関する確認書 (短期入所生活介護)												
平成 年 月 日												
事業所所在地												
事業所名称												
共生型短期入所生活介護の利用者に対して適切なサービスを提供するため、次の事業所等(指定短期入所生活介護事業所その他関係施設)から必要な技術的支援を受けています。												
事業所等の名称												
事業所番号												
主たる事業所等の所在地												
事業所のサービス種類												
電話番号												
管理者氏名												
備考												
※この確認書は、必要な技術的支援を受けている事業所等との協定等の写しを提出することで作成を省略することができます。 ※対象の事業所が複数ある場合は行の追加を行ってください。												

