

川崎市介護サービス事業者の指定手続等に関する要綱

平成24年3月31日

23川健介保第2258号

健康福祉局長専決

第1章 総則

(目的)

第1条 この要綱は、川崎市介護保険条例（平成12年3月24日条例第25号。以下「条例」という）第20条の規定及び川崎市介護サービス事業者の指定等に関する規則（平成24年川崎市規則第32号。以下「規則」という。）第15条の規定に基づき、指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定介護予防サービス事業者及び指定介護予防支援事業者（以下「居宅サービス等事業者」という。）、指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型介護予防サービス事業者（以下「地域密着型サービス等事業者」という。）の指定の手続等について必要な事項を定めるものとする。

(用語)

第2条 この要綱で使用する用語の意義は、規則で使用する用語の例による。

第2章 居宅サービス等事業者の指定等

(指定の申請の手続等)

第3条 市長は、居宅サービス等事業者の指定を行うときは、指定申請に係る申請期間等の手続を定めるものとする。

(添付書類)

第4条 規則第3条から第12条に規定する申請書、届出書及び申出書（以下

「申請書等」という。)には、付表その他必要な書類を添付するものとする。

(指定の申請の補正)

第5条 市長は、提出された申請書等に不備があるときは、申請者に補正を求めるものとする。

(指定)

第6条 市長は、規則第3条の規定により提出された介護サービス事業者指定(許可)申請書の内容が指定基準を満たしていることを確認したとき又は指定基準を満たしていると判断したときは、原則として翌月1日をもって居宅サービス等事業者として指定し、指定通知書(第1号様式)により当該申請者にその旨を通知するものとする。

(指定の更新)

第7条 市長は、規則第4条の規定により提出された介護サービス事業者指定(許可)更新申請書の内容が指定基準を満たしていると判断したときは、指定更新通知書(第2号様式)により当該申請者にその旨を通知するものとする。

(加算、減算又は割引の届出)

第8条 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第19号)、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第20号)、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第21号)、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生省告示第127号)及び指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第129号)に基づく加算、減算又は介護保険法第41条第1項に基づく割引の届出は、介護給付費算定に係る体制等に関する届

出書（第3号様式）により行うものとする。

第3章 地域密着型サービス等事業者の指定等

（地域密着型サービス等事業者の指定等）

第9条 市長は、地域密着型サービス等事業者の指定に際し、内定申請を受け付けするサービス量を、法第8条第15項から第20項、第23項及び法第8条の2第13項から第15項に定めるサービスごと並びに法第117条第2項第1号に規定する日常生活圏域ごとに定めるものとする。

2 市長は、前項の指定については、必要な申請条件を付することができるものとする。

（内定）

第10条 地域密着型サービス等事業を行う者は、地域密着型サービス等事業者内定申請受付期間において、地域密着型（介護予防）サービス事業者内定申請書（第4号様式）を申請するものとする。

（調査審議）

第11条 市長は、前条の規定に基づく当該内定申請について、法第78条の2第7項及び第115条の12第5項に規定する措置として、川崎市介護保険運営協議会地域密着型サービス等部会（以下「サービス等部会」という。）の調査審議に付さなければならない。

（指定の内定等）

第12条 市長は、前条の規定に基づくサービス等部会の調査審議により、申請者がサービス事業者として選定されたときは、申請者を指定内定者とし、地域密着型（介護予防）サービス事業者内定通知書（第5号様式）により当該申請者にその旨を通知するものとする。

また、選定されなかったときは、地域密着型（介護予防）サービス事業者不内定通知書（第6様式）により当該申請者にその旨を通知するものとする。

(指定の内定の取消し)

第13条 市長は、指定の内定の通知後、指定内定者が当該内定条件を満たせないと認めたときは、指定内定を取消し、地域密着型（介護予防）サービス事業者指定内定取消通知書（第7号様式）により当該指定内定者にその旨を通知するものとする。

(指定)

第14条 第12条の規定による指定の内定を受けた者は、規則第3条に基づく指定の申請を行うことができる。この時、第3条から第7条の規定を準用する。この場合において、これらの規定中「居宅サービス等事業者」とあるのは「地域密着型サービス等事業者」と読み替えるものとする。

(加算、減算又は割引の届出)

第15条 指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第126号）及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第128号）に基づく加算、減算又は介護保険法第41条第1項に基づく割引の届出は、介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（第3号様式）により行うものとする。

第4章 雑則

(手数料の免除)

第16条 ユニット型介護老人福祉施設（川崎市指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営の基準に関する条例（平成24年12月14日条例第78号）第46条ユニット型指定介護老人福祉施設の設備の基準を満たす介護老人福祉施設をいう。以下同じ。）に併設する介護老人福祉施設（ユニット型介護老人福祉施設を除く。）について、ユニット型介護老人福祉施設と併せて条例第19条第1項第7号又は第8号に規定する申請をするときは、同条第

3項第2号の規定により、当該申請に係る手数料を免除する。

(その他)

第17条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は健康福祉局長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

(指定介護予防支援事業者の指定等に関する要綱及び川崎市指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定等の手続等に関する要綱の廃止)

2 指定介護予防支援事業者の指定等に関する要綱（平成18年3月20日17川健介第1475号 健康福祉局長専決）及び川崎市指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定等の手続等に関する要綱（平成18年9月29日18川健介保第846号健康福祉局長専決）は、廃止する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成30年6月22日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和3年9月1日から施行し、令和3年4月1日から適用する。

1 様式

様式番号	名 称	関係条文
1	指定通知書	第6条
2	指定更新通知書	第7条
3	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	第8条
4	地域密着型（介護予防）サービス事業者内定申請書	第10条
5	地域密着型（介護予防）サービス事業者内定通知書	第12条
6	地域密着型（介護予防）サービス事業者不内定通知書	第12条
7	地域密着型（介護予防）サービス事業者内定取消通知書	第13条

2 付表（第4条関係、第14条関係（準用））

付表番号	名 称
1-1	訪問介護事業者の記入事項
1-2	共生型訪問介護事業者の記入事項
2	（介護予防）訪問入浴介護事業者の記入事項
3	（介護予防）訪問看護事業者の記入事項
4	（介護予防）訪問リハビリテーション事業者の記入事項
5	（介護予防）居宅療養管理指導事業者の記入事項
6-1	通所介護事業者の記入事項
6-2	共生型通所介護事業者の記入事項
7-1	（介護予防）通所リハビリテーション事業者の記入事項（病院・診療所）
7-2	（介護予防）通所リハビリテーション事業者の記入事項（介護老人保健施設）
8-1	（介護予防）短期入所生活介護事業者の記入事項（単独で事業を行う場合）
8-1の1	共生型（介護予防）短期入所生活介護事業者の記入事項（単独で事業を行う場合）

8-2	(介護予防) 短期入所生活介護事業者の記入事項 (特別養護老人ホームが空床を利用して、又は当該施設に併設して事業を行う場合)
8-2の1	共生型(介護予防) 短期入所生活介護事業者の記入事項 (特別養護老人ホームが空床を利用して、又は当該施設に併設して事業を行う場合)
8-3	(介護予防) 短期入所生活介護事業者の記入事項 (特別養護老人ホーム以外の施設が当該施設を併設して事業を行う場合)
8-3の1	共生型(介護予防) 短期入所生活介護事業者の記入事項 (特別養護老人ホーム以外の施設が当該施設を併設して事業を行う場合)
9	(介護予防) 短期入所療養介護事業者の記入事項
10	(介護予防) 特定施設入所者生活介護の記入事項
11	(介護予防) 福祉用具貸与事業者の記入事項
12	特定(介護予防) 福祉用具販売事業者の記入事項
13	指定居宅介護支援事業者の記入事項
14	介護老人福祉施設の記入事項
15	介護老人保健施設の記入事項
16-1	介護療養型医療施設の記入事項(病院による場合)
16-2	介護療養型医療施設の記入事項(診療所による場合)
17	夜間対応型訪問介護事業者の記入事項
18-1	(介護予防) 認知症対応型通所介護事業者の記入事項(単独型・併設型)
18-2	(介護予防) 認知症対応型通所介護事業者の記入事項(共用型)
19	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業者の記入事項
20	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護事業者の記入事項
21	地域密着型特定施設入居者生活介護事業者の記入事項
22	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業者の記入事項
23	介護予防支援事業者の記入事項
24	定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者の記入事項
25	看護小規模多機能型居宅介護事業者の記入事項
26-1	地域密着型通所介護事業者の記入事項
26-2	共生型地域密着型通所介護事業者の記入事項
27	介護医療院事業者の記入事項

指 定 通 知 書

第 号
年 月 日

様

川崎市長 印

介護保険法の規定に基づき、次のとおり事業所を指定しましたので通知します。

申 請 者	
サ ー ビ ス 種 類	
事 業 所 名 称	
事 業 所 所 在 地	
介 護 保 険 事 業 所 番 号	
指 定 年 月 日	
指 定 有 効 期 限	
指 定 の 条 件	

指 定 更 新 通 知 書

第 号
年 月 日

様

川崎市長 印

介護保険法の規定に基づき、次のとおり事業所を指定更新しましたので通知します。

申 請 者	
サービ ス 種 類	
事 業 所 名 称	
事 業 所 所 在 地	
介 護 保 険 事 業 所 番 号	
指 定 年 月 日	
更 新 年 月 日	
指 定 有 効 期 限	
指 定 更 新 の 条 件	

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日

(宛先) 川崎市長

住 所 (法人にあっては、主たる事業所の所在地)

申請者

氏 名 (法人にあっては名称及び代表者の氏名)

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号 ※

事業所又は施設	フリガナ							
	名 称							
	介護保険事業者番号	1	4					介護保険事業者番号は、既に指定(許可)を受けている場合のみ記入してください。
	所在地	(〒 -)						
	電話番号				FAX番号			
届出を行う事業所・施設の種類の種類	同一所在地内において行う事業又は施設の種類の種類	実施事業	指定(許可)年月日	異 動 等 の 区 分			異 動 年 月 日	
	指定居宅サービス	訪問介護		1新規	2変更	3終了		
		訪問入浴介護		1新規	2変更	3終了		
		訪問看護		1新規	2変更	3終了		
		訪問リハビリテーション		1新規	2変更	3終了		
		居宅療養管理指導		1新規	2変更	3終了		
		通所介護		1新規	2変更	3終了		
		通所リハビリテーション		1新規	2変更	3終了		
		短期入所生活介護		1新規	2変更	3終了		
		短期入所療養介護		1新規	2変更	3終了		
		特定施設入居者生活介護		1新規	2変更	3終了		
		福祉用具貸与		1新規	2変更	3終了		
		特定福祉用具販売		1新規	2変更	3終了		
	居宅介護支援事業			1新規	2変更	3終了		
	施設	介護老人福祉施設		1新規	2変更	3終了		
		介護老人保健施設		1新規	2変更	3終了		
		介護療養型医療施設		1新規	2変更	3終了		
		介護医療院		1新規	2変更	3終了		
	指定介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護		1新規	2変更	3終了		
		介護予防訪問看護		1新規	2変更	3終了		
		介護予防訪問リハビリテーション		1新規	2変更	3終了		
		介護予防居宅療養管理指導		1新規	2変更	3終了		
		介護予防通所リハビリテーション		1新規	2変更	3終了		
		介護予防短期入所生活介護		1新規	2変更	3終了		
		介護予防短期入所療養介護		1新規	2変更	3終了		
		介護予防特定施設入居者生活介護		1新規	2変更	3終了		
		介護予防福祉用具貸与		1新規	2変更	3終了		
	特定介護予防福祉用具販売		1新規	2変更	3終了			
介護予防支援事業			1新規	2変更	3終了			
地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護		1新規	2変更	3終了			
	認知症対応型通所介護		1新規	2変更	3終了			
	小規模多機能型居宅介護		1新規	2変更	3終了			
	認知症対応型共同生活介護		1新規	2変更	3終了			
	地域密着型特定施設入居者生活介護		1新規	2変更	3終了			
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		1新規	2変更	3終了			
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護		1新規	2変更	3終了			
	看護小規模多機能型居宅介護		1新規	2変更	3終了			
	地域密着型通所介護		1新規	2変更	3終了			
地域密着型介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護		1新規	2変更	3終了			
	介護予防小規模多機能型居宅介護		1新規	2変更	3終了			
	介護予防認知症対応型共同生活介護		1新規	2変更	3終了			
特記事項	変更前							
	変更後							

地域密着型（介護予防）サービス事業者内定申請書

年 月 日

(宛先) 川崎市長

所在地

申請者 名称

代表者氏名

介護保険法に規定する指定地域密着型（介護予防）サービス事業者の指定を受けるための内定を受けたいので、次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	(〒 -)						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
	法人の種別				法人の所轄庁			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名			フリガナ氏名			生年月日
指定を受けようとする事業所の種類	代表者の住所	(〒 -)						
	フリガナ							
	名称							
	所在地	(〒 -)						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
	地域密着型サービス	同一所在地において行う事業の種類	実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日		既に指定を受けている事業の指定年月日		
			夜間対応型訪問介護		年 月 日	年 月 日		
			認知症対応型通所介護		年 月 日	年 月 日		
			小規模多機能型居宅介護		年 月 日	年 月 日		
			認知症対応型共同生活介護		年 月 日	年 月 日		
			定期巡回・随時対応型訪問介護看護		年 月 日	年 月 日		
看護小規模多機能型居宅介護				年 月 日	年 月 日			
地域密着型通所介護				年 月 日	年 月 日			
介護予防			地域密着型	介護予防認知症対応型通所介護		年 月 日	年 月 日	
	介護予防小規模多機能型居宅介護			年 月 日	年 月 日			
	介護予防認知症対応型共同生活介護			年 月 日	年 月 日			
介護保険事業所番号						(既に指定を受けている場合)		
指定を受けている他市町村名								
医療機関コード等								

計画事業所概要及び誓約書

事業所又は施設名		担当者名	TEL
申請するサービス種類			

法人・事業所基本情報		
申請者	法人名称	
	所在地	
	代表者	
事業所	名称	
	所在地	
	事業実施区域	
	事業開始予定	

計画事業所等の概要
<p>1 法人理念</p> <p>2 運営実績(介護保険事業が初めての法人は、今までの取り組みを記載)</p> <p>3 併設サービス(同一建物又は同一敷地内の指定介護保険事業)</p> <p>4 土地、建物の状況(該当箇所の口を黒塗り) <input type="checkbox"/>土地及び建物自己所有 <input type="checkbox"/>借地(契約期間: 年)、建物自己所有 <input type="checkbox"/>借家(契約期間: 年)</p> <p>開発行為(土地の造成工事): <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 開発許可: <input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要 建物の状況: <input type="checkbox"/>既存のまま使用 <input type="checkbox"/>改修 <input type="checkbox"/>増改築 <input type="checkbox"/>新築 建物の用途変更: <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>5 基準の理解方法・従業員への周知方法</p> <p>6 従業員の確保策</p> <p>7 地域交流の考え方</p>

事業実施に際し、「川崎市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営の基準等に関する条例(平成24年12月14日川崎市条例第82号)」及び「川崎市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型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の基準等に関する条例(平成24年12月14日川崎市条例第84号)」を満たさないことが明らかになった場合、すみやかに内定申請及び指定申請の届出を取り下げを誓います。

法人名称

代表者氏名

地域密着型（介護予防）サービス事業者内定通知書

川 第 号
年 月 日

様

川崎市長 印

年 月 日付けで申請のありました、地域密着型（介護予防）サービス事業者の指定について、次のとおり内定したので通知します。

サービスの種類	
事業所の名称	
事業所の所在地	
内定の条件	

備考 開設予定日の前月に指定申請を行ってください。

地域密着型（介護予防）サービス事業者不内定通知書

川 第 号
年 月 日

様

川崎市長 印

年 月 日付けで申請のありました、地域密着型（介護予防）サービス事業者の指定について、次のとおり内定しないことを決定しましたので通知します。

サービスの種類	
事業所の名称	
事業所の所在地	
不内定理由	

備考

この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、神奈川県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます。この決定の取消しを求める訴え（以下「取消訴訟」といいます。）は、前記の審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6箇月以内に、川崎市を被告として（川崎市長が被告の代表者となります。）提起することができます。なお、取消訴訟は、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、（1）審査請求があった日から3箇月を経過しても裁決がないとき、（2）処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、（3）その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、裁決を経ないでも取消訴訟を提起することができます。

地域密着型（介護予防）サービス事業者内定取消通知書

川 第 号
年 月 日

様

川崎市長 印

年 月 日付けで申請のありました、地域密着型（介護予防）サービス事業者の指定について、次のとおり内定を取り消しますので通知します。

サービスの種類	
事業所の名称	
事業所の所在地	
取消理由	

備考

この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、神奈川県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます。この決定の取消しを求める訴え（以下「取消訴訟」といいます。）は、前記の審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6箇月以内に、川崎市を被告として（川崎市長が被告の代表者となります。）提起することができます。なお、取消訴訟は、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、（1）審査請求があった日から3箇月を経過しても裁決がないとき、（2）処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、（3）その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、裁決を経ないでも取消訴訟を提起することができます。

(付表1-1)

訪問介護事業者の記入事項

異 動 年 月 日

事業所	フリガナ											事業所番号(新規指定申請時は記入不要)	
	名 称												
	所在地	(〒 -)											
管理者	フリガナ												
	氏 名											住所	
	生年月日											電話	
サービス提供責任者	訪問介護員等との兼務の有無	(有 ・ 無)											
	同一敷地内の他の事業所または施設で兼務する職種及び勤務時間(兼務する場合)	事業所又は施設の名称											
		兼務する職種及び勤務時間											
サービス提供責任者	フリガナ												
	氏 名											住所	
	資格名												
	フリガナ												
	氏 名											住所	
従業員	訪問介護員等	常勤(人)			非常勤(人)			常勤換算後の員数(人)			基準上の必要員数(人)	適否	
		専従									※	※	
		兼務											
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考			
	営業時間	平日			~			土曜			~	日曜・祝日	~
		備考											
	利用料	法定代理受領分										介護報酬告示上の額	
		法定代理受領分以外										介護報酬告示上の額	
その他の費用	運営規程のとおり												
通常の実施地域	①			②			③			④			
	備考												

備考 サービス提供責任者が3名以上の場合は、付表1-1別紙「サービス提供責任者一覧」を提出してください。

※欄は記入しないでください。

(付表1-1別紙)

サービス提供責任者一覧

		氏 名	住所
①	フリガナ		(郵便番号 ー)
	氏 名		
	資格名		
②	フリガナ		(郵便番号 ー)
	氏 名		
	資格名		
③	フリガナ		(郵便番号 ー)
	氏 名		
	資格名		
④	フリガナ		(郵便番号 ー)
	氏 名		
	資格名		
⑤	フリガナ		(郵便番号 ー)
	氏 名		
	資格名		
⑥	フリガナ		(郵便番号 ー)
	氏 名		
	資格名		
⑦	フリガナ		(郵便番号 ー)
	氏 名		
	資格名		
⑧	フリガナ		(郵便番号 ー)
	氏 名		
	資格名		
⑨	フリガナ		(郵便番号 ー)
	氏 名		
	資格名		
⑩	フリガナ		(郵便番号 ー)
	氏 名		
	資格名		

備考 サービス提供責任者が3名以上の場合は、この様式をお使いください。

(付表1-2)

共生型訪問介護事業者の記入事項

異 動 年 月 日

事業所	フリガナ											事業所番号(新規指定申請時は記入不要)			
	名 称														
	所在地	(〒 -)													
	連絡先	電話番号								FAX番号					
	指定障害福祉サービス等の種別								指定障害福祉サービス等の事業所番号						
管理者	フリガナ											(〒 -)			
	氏 名								住 所						
	生年月日								電 話						
	訪問介護員等との兼務の有無	(有 ・ 無)													
	同一敷地内の他の事業所または施設で兼務する職種及び勤務時間(兼務する場合)								事業所又は施設の名称						
サービス提供責任者	フリガナ											(〒 -)			
	氏 名								住 所						
	資格名														
	フリガナ											(〒 -)			
	氏 名								住 所						
従業員	訪問介護員等	常 勤 (人)			非 常 勤 (人)			常勤換算後の員数(人)	X						
		専 従													
		兼 務													
主な揭示事項	営 業 日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備 考					
	営 業 時 間	平日			~			土曜			~	日曜・祝日			
		備 考													
	利 用 料	法定代理受領分	介護報酬告示上の額												
		法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額												
その他の費用	運営規程のとおり														
通常の事業の実施地域	①				②				③			④			⑤
	備 考														

備考 サービス提供責任者が3名以上の場合は、付表1-1別紙「サービス提供責任者一覧」を提出してください。

※欄は記入しないでください。

(付表1-2別紙)

サービス提供責任者一覧

		氏 名	住所
①	フリガナ		(郵便番号 ー)
	氏 名		
	資格名		
②	フリガナ		(郵便番号 ー)
	氏 名		
	資格名		
③	フリガナ		(郵便番号 ー)
	氏 名		
	資格名		
④	フリガナ		(郵便番号 ー)
	氏 名		
	資格名		
⑤	フリガナ		(郵便番号 ー)
	氏 名		
	資格名		
⑥	フリガナ		(郵便番号 ー)
	氏 名		
	資格名		
⑦	フリガナ		(郵便番号 ー)
	氏 名		
	資格名		
⑧	フリガナ		(郵便番号 ー)
	氏 名		
	資格名		
⑨	フリガナ		(郵便番号 ー)
	氏 名		
	資格名		
⑩	フリガナ		(郵便番号 ー)
	氏 名		
	資格名		

備考 サービス提供責任者が3名以上の場合は、この様式をお使いください。

(付表2)

(介護予防)訪問入浴介護事業者の記入事項

異 動 年 月 日

事業所	フリガナ											事業所番号(新規指定申請時は記入不要)						
	名 称																	
	所在地	(〒 -)																
	連絡先	電話番号							FAX番号									
管理者	フリガナ							住所		(〒 -)								
	氏 名																	
	生年月日							電 話										
	訪問入浴介護員との兼務の有無		(有 ・ 無)															
	同一敷地内の他の事業所または施設で兼務する職種及び勤務時間(兼務する場合)		事業所又は施設の名称															
		兼務する職種及び勤務時間																
従業者			常 勤 (人)				非 常 勤 (人)				基準上の必要員数(人)		適 否					
	看護職員	専 従									※		※					
		兼 務																
	介護職員	専 従																
兼 務																		
主な揭示事項	営 業 日		日	月	火	水	木	金	土	祝	備 考							
	営 業 時 間		平日								土曜日				日曜・祝日			
			備 考															
	利 用 料		法定代理受領分				介護報酬告示上の額											
			法定代理受領分以外				介護報酬告示上の額											
	そ の 他 の 費 用																	
	通常の事業の実施地域		①			②			③			④			⑤			
		備 考		運営規程のとおり														
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 ※印欄には、記入しないでください。

(付表3)

(介護予防)訪問看護事業者の記入事項

異動年月日

事業所	フリガナ							事業所番号(新規指定申請時は記入不要)					
	名称												
	所在地	(〒 -)											
	連絡先	電話番号					FAX番号						
病院、診療所、訪問看護ステーションの別						訪問看護ステーション							
管理者	フリガナ					住所				(〒 -)			
	氏名												
	生年月日					電話							
	訪問看護ステーションの申請時の記入欄	職種					登録番号						
		訪問看護員との兼務の有無 (有・無)											
	同一敷地内の他の事業所または施設で兼務する職種及び勤務時間(兼務する場合)				事業所又は施設の名称								
					兼務する職種及び勤務時間								
従業者			看護師		保健師		准看護師		理学療法士、作業療法士 又は言語聴覚士				
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
	常勤(人)												
	非常勤(人)												
	常勤換算後の員数(人)												
	基準上の必要員数(人)		※										
適否		※											
事業所を兼用する事業名(兼用する場合のみ記入してください。)													
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考			
	営業時間	平日				土曜日				日曜・祝日			
	利用料	法定代理受領分				介護報酬告示上の額							
		法定代理受領分以外				介護報酬告示上の額							
	その他の費用	運営規程のとおり											
	通常の事業の実施地域	①	②			③			④		⑤		
	備考												

備考 ※印欄には、記入しないでください。

申請する事業所の所在地以外の場所で、当該事業所の一部として使用される事務所に係る記載事項

申請する	フリガナ				
事業所	名称				
サービスの種類(どちらかに○)		訪問介護		訪問看護	

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(〒 -)			
		都道 郡市 府県 区			
(ビル等の方書)					
連絡先	電話番号			FAX番号	
従業者			訪問介護員等		
			専従	兼務	
	常勤(人)				
	非常勤(人)				
サービス提供責任者	フリガナ			住所	(〒 -)
	氏名				

(付表4)

(介護予防)訪問リハビリテーション事業者の記入事項

異 動 年 月 日

事業所	フリガナ											事業所番号(新規指定申請時は記入不要)									
	名 称																				
	所在地	(〒 -)																			
	連絡先	電話番号							FAX番号												
病院、診療所の別																					
管理者	フリガナ											(〒 -)									
	氏 名							住 所													
	生年月日							電 話													
従業者			理学療法士				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)																				
主な 掲 示 事 項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考											
	営業時間	平日							土曜			日曜・祝日									
		備考																			
	利用料	法定代理受領分					介護報酬告示上の額														
		法定代理受領分以外					介護報酬告示上の額														
	その他の費用	運営規程のとおり																			
通常の事業の実施地域	①				②				③				④			⑤					
	備考																				

(付表5)

(介護予防)居宅療養管理指導事業者の記入事項

異動年月日

事業所	フリガナ											事業所番号(新規指定申請時は記入不要)
	名称											
	所在地	(〒 -)										
	連絡先電話番号						FAX番号					
病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションの別												
提供する居宅療養管理指導の種類			医師の居宅療養管理指導		歯科医師の居宅療養管理指導		薬剤師の居宅療養管理指導		看護職員の居宅療養管理指導			
管理者	フリガナ											(〒 -)
	氏名						住所					
	生年月日						電話					
従業者			医師		歯科医師		薬剤師		看護職員		歯科衛生士等	
			管理栄養士									
	常勤(人)											
非常勤(人)												
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考		
	営業時間	平日						土曜		日曜・祝日		
		備考										
	利用料	法定代理受領分										
		法定代理受領分以外										
その他の費用												

(付表6-1)

通所介護事業者の記入事項

異 動 年 月 日

事業所	フリガナ 名 称											事業所番号(新規指定申請時は記入不要)		
	所在地	(〒 -)												
	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						電話							
	介護職員等との兼務の有無	(有・無)												
	同一敷地内の他の事業所または施設で兼務する職種及び勤務時間(兼務する場合)	事業所又は施設の名称												
		兼務する職種及び勤務時間												
主な 揭示事項	実施単位数	単位					同時に通所介護(介護予防通所サービス)の提供を受けること ができる利用者の数の上限					人		
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考				
	営業時間	平日					土曜			日曜・祝日				
	利用料	法定代理受領分					介護報酬告示上の額							
		法定代理受領分以外					介護報酬告示上の額							
	その他の費用	運営規程のとおり												
	通常の事業の実施地域	①	②			③			④			⑤		
		備考												
単位ごとの 揭示事項	1単位目	利用者 定員 人	従業員 (単位当たり)	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員				
				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)												
	食堂兼機能訓練室の面積 m ²	提供日	日	月	火	水	木	金	土	祝	サービス提供時間			
	2単位目	利用者 定員 人	従業員 (単位当たり)	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員				
				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)												
	食堂兼機能訓練室の面積 m ²	提供日	日	月	火	水	木	金	土	祝	サービス提供時間			
3単位目	利用者 定員 人	従業員 (単位当たり)	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員					
			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)													
食堂兼機能訓練室の面積 m ²	提供日	日	月	火	水	木	金	土	祝	サービス提供時間				

備考 4単位目以降の事業所は、1単位目を4単位目に変更して使用してください。

(付表6-2)

共生型通所介護事業者の記入事項

異 動 年 月 日

事業所	フリガナ 名称	事業所番号(新規指定申請時は記入不要)										
	所在地	(〒 -)										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
	指定障害福祉サービス等の種別					指定障害福祉サービス等の事業所番号						
管理者	フリガナ 氏名					住所	(〒 -)					
	生年月日					電話						
	介護職員等との兼務の有無	(有・無)										
	同一敷地内の他の事業所または施設で兼務する職種及び勤務時間(兼務する場合)	事業所又は施設の名称										
		兼務する職種及び勤務時間										
主な揭示事項	実施単位数	単位	同時に通所介護(介護予防通所サービス)の提供を受けることができる利用者の数の上限							人		
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考		
	営業時間	平日					土曜			日曜・祝日		
	利用料	法定代理受領分				介護報酬告示上の額						
		法定代理受領分以外				介護報酬告示上の額						
	その他の費用	運営規程のとおり										
	通常の事業の実施地域	①	②	③	④	⑤	備考					
単位ごとの揭示事項	1単位目	従業員 (単位当たり) 人	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員			
	利用定員		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
	食堂兼機能訓練室の面積	提供日	日	月	火	水	木	金	土	祝	サービス提供時間	
	2単位目	従業員 (単位当たり) 人	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員			
	利用定員		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
	食堂兼機能訓練室の面積	提供日	日	月	火	水	木	金	土	祝	サービス提供時間	
	3単位目	従業員 (単位当たり) 人	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員			
	利用定員		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
常勤(人)												
非常勤(人)												
食堂兼機能訓練室の面積	提供日	日	月	火	水	木	金	土	祝	サービス提供時間		

備考 4単位目以降の事業所は、1単位目を4単位目に変更して使用してください。

(付表7-1)

(介護予防)通所リハビリテーション事業者の記入事項(病院・診療所)

異動年月日

事業所	フリガナ名	フリガナ名										事業所番号(新規指定申請時は記入不要)		
	所在地	(〒 -)												
	連絡先電話番号						FAX番号							
	医療機関開設年月日				年	月	日							
管理者	フリガナ氏名	フリガナ氏名										住所		
	管理者代行者の職種(選任されている場合、該当する欄に「○」を付してください。)	医師	作業療法士	理学療法士	専従の看護師	フリガナ	フリガナ							
	事業所の種別	病院	診療所(利用定員が11名以上の場合)			診療所(利用定員が10名以下の場合)								
実施単位数	単位													
医師数	専従	人		一日当たりの総利用定員数	人		専用の部屋等の合計面積	m ²						
	兼務	人												
単 位 ①	従業者			常勤(人)	非常勤(人)		常勤換算後の員数							
		理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	① 当該単位につき毎日従事する者											
			② ①以外の者											
		看護師又は准看護師	③ 経験を有する看護師											
	④ ③以外の看護師又は准看護師													
	介護職員													
	利用定員		人		専用の部屋等の面積		m ²							
営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考(その他年間の休日)					
営業時間	平日	:		~	:	土	:		~	:	日・祝	:	~	:
サービス提供時間	平日	:		~	:	土	:		~	:	日・祝	:	~	:
主な 掲 示 事 項	利用料	法定代理受領分					介護報酬告示上の額							
		法定代理受領分以外					介護報酬告示上の額							
	その他の費用	運営規程のとおり												
	通常の事業の実施地域	①	②	③	④	⑤	備考							

備考 ※印欄には、記入しないでください。

(付表7-1)別紙

複数の単位を実施する(介護予防)通所リハビリテーション事業者の記入事項(病院・診療所)

受付番号 ※

事業所	フリガナ																			
	名	称																		
単 位	単位当たりの従業者											常勤(人)	非常勤(人)	常勤換算後の員数						
			理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士		① 当該単位に専従する者															
			② ①以外の者																	
	看護師又は准看護師		③ 経験を有する看護師																	
			④ ③以外の看護師又は准看護師																	
			介護職員																	
	② 利用定員		人			専用の部屋等の面積						m ²								
	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	備考 (その他年間の休日)									
	営業時間		平日	:			~			:	土	:		~	:	日・祝	:		~	:
	サービス提供時間		平日	:			~			:	土	:		~	:	日・祝	:		~	:
単 位	単位当たりの従業者											常勤(人)	非常勤(人)	常勤換算後の員数						
			理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士		① 当該単位に専従する者															
			② ①以外の者																	
	看護師又は准看護師		③ 経験を有する看護師																	
			④ ③以外の看護師又は准看護師																	
			介護職員																	
	③ 利用定員		人			専用の部屋等の面積						m ²								
	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	備考 (その他年間の休日)									
	営業時間		平日	:			~			:	土	:		~	:	日・祝	:		~	:
	サービス提供時間		平日	:			~			:	土	:		~	:	日・祝	:		~	:
単 位	単位当たりの従業者											常勤(人)	非常勤(人)	常勤換算後の員数						
			理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士		① 当該単位に専従する者															
			② ①以外の者																	
	看護師又は准看護師		③ 経験を有する看護師																	
			④ ③以外の看護師又は准看護師																	
			介護職員																	
	④ 利用定員		人			専用の部屋等の面積						m ²								
	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	備考 (その他年間の休日)									
	営業時間		平日	:			~			:	土	:		~	:	日・祝	:		~	:
	サービス提供時間		平日	:			~			:	土	:		~	:	日・祝	:		~	:

備考 ※印欄には、記入しないでください。

(付表7-2)

(介護予防)通所リハビリテーション事業者の記入事項(介護老人保健施設)

異動年月日

事業所	フリガナ 名称											事業所番号(新規指定申請時は記入不要)	
	所在地	(〒 -)											
	連絡先	電話番号						FAX番号					
管理者	フリガナ 氏名			住所	(〒 -)								
	管理者代行者の職種(選任されている場合、該当する欄に「○」を付してください。)		医師	作業療法士	フリガナ								
			理学療法士	専従の看護師	代行者氏名								
施設開設年月日			年 月 日										
実施単位数			単 位										
医師数	専従	人	一日当たりの	人	専用の部屋等の						m ²		
	兼務	人	総利用定員数	人	合計面積						m ²		
単 位 ①	単位当たりの 従業者	理学療法士、 作業療法士又 は言語聴覚士	① 当該単位につき毎日従事する者		常勤(人)	非常勤(人)	常勤換算後の員数						
			② ①以外の者										
		看護師又は 准看護師	③ 経験を有する看護師										
			④ ③以外の看護師又は准看護師										
	介護職員												
	利用定員	人	専用の部屋等の面積			m ²							
	営業日	日 月 火 水 木 金 土 祝	備考 (その他年間の休日)										
	営業時間	平日	:	~	:	土	:	~	:	日・祝	:	~	:
	サービス提供時間	平日	:	~	:	土	:	~	:	日・祝	:	~	:
	主な 掲 示 事 項	利用料	法定代理受領分										
法定代理受領分以外													
その他の費用													
通常の事業の 実施地域	①	②	③	④	⑤								
	備考												

備考 ※印欄には、記入しないでください。

(付表7-2)別紙

複数の単位を実施する(介護予防)通所リハビリテーション事業者の記入事項(介護老人保健施設)

異動年月日

事業所	フリガナ		事業所番号(新規指定申請時は記入不要)														
	名	称															
②	単位当たりの従業者											常勤(人)	非常勤(人)	常勤換算後の員数			
												理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	① 当該単体に専従する者				
													② ①以外の者				
												看護師又は准看護師	③ 経験を有する看護師				
													④ ③以外の看護師又は准看護師				
	介護職員																
	②	利用定員	人										専用の部屋等の面積	m ²			
	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	備考 (その他年間の休日)						
	営業時間		平日	:		~	:	土	:		~	:	日・祝	:		~	:
	サービス提供時間		平日	:		~	:	土	:		~	:	日・祝	:		~	:
③	単位当たりの従業者											常勤(人)	非常勤(人)	常勤換算後の員数			
												理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	① 当該単体に専従する者				
													② ①以外の者				
												看護師又は准看護師	③ 経験を有する看護師				
													④ ③以外の看護師又は准看護師				
	介護職員																
	③	利用定員	人										専用の部屋等の面積	m ²			
	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	備考 (その他年間の休日)						
	営業時間		平日	:		~	:	土	:		~	:	日・祝	:		~	:
	サービス提供時間		平日	:		~	:	土	:		~	:	日・祝	:		~	:
④	単位当たりの従業者											常勤(人)	非常勤(人)	常勤換算後の員数			
												理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	① 当該単体に専従する者				
													② ①以外の者				
												看護師又は准看護師	③ 経験を有する看護師				
													④ ③以外の看護師又は准看護師				
	介護職員																
	④	利用定員	人										専用の部屋等の面積	m ²			
	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	備考 (その他年間の休日)						
	営業時間		平日	:		~	:	土	:		~	:	日・祝	:		~	:
	サービス提供時間		平日	:		~	:	土	:		~	:	日・祝	:		~	:

(付表8-1)

(介護予防)短期入所生活介護事業者の記入事項(単独で事業を行う場合)

異動年月日

事業所	フリガナ						事業所番号(新規指定申請時は記入不要)					
	名称											
	所在地	(〒 -)										
管理者	フリガナ				住所	(〒 -)						
	氏名											
	申請に係る事業所内で兼務する他の職種(兼務する場合のみ記入してください。)											
従業者	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。)		事業所又は施設の名称									
			兼務する職種及び勤務時間									
設備	前年度の平均利用者数				人							
	常勤(人)	医師		生活相談員		看護職員		介護職員				
		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務
	非常勤(人)											
	常勤換算後の員数(人)											
	基準上の必要員数(人)	※		※		※		※				
	適否	※		※		※		※				
	常勤(人)	栄養士		機能訓練指導員		栄養士を配置していない場合の措置						
		専従		兼務		専従		兼務				
	非常勤(人)											
基準上の必要員数(人)	※		※									
適否	※		※									
主な揭示事項	設備基準上の数値記入項目等			基準上の必要数値			適否					
	居室	1室当たりの最大定員	人	※	人	以下	※					
	廊下	利用者1人当たりの最小床面積	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	※					
	食堂と機能訓練室の合計床面積	m ²	※	m ²	以上	※						
	建物の構造概要							※				
延床面積	m ²	※	m ²	以上	※							
協力医療機関	利用定員		人									
	利用料	法定代理受領分	介護報酬告示上の額									
		法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額									
	その他の費用		運営規程のとおり									
	通常の送迎の実施地域	①	②	③	④	⑤						
備考												
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 ※印欄には、記入しないでください。

(付表8-1の1)

共生型(介護予防)短期入所生活介護事業者の記入事項(単独で事業を行う場合)

異動年月日

事業所	フリガナ							事業所番号(新規指定申請時は記入不要)			
	所在地	(〒 -)									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
	指定障害福祉サービス等の種別					指定障害福祉サービス等の事業所番号					
管理者	フリガナ			住所	(〒 -)						
	氏名										
	申請に係る事業所内で兼務する他の職種(兼務する場合のみ記入してください。)										
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。)		事業所又は施設の名称		兼務する職種及び勤務時間						
前年度の平均利用者数											人
従業者			医師		生活相談員		看護職員		介護職員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤(人)										
	非常勤(人)										
	常勤換算後の員数(人)										
	基準上の必要員数(人)		※		※		※		※		
	適否		※		※		※		※		
			栄養士		機能訓練指導員		栄養士を配置していない場合の措置				
			専従	兼務	専従	兼務					
	常勤(人)										
	非常勤(人)										
	基準上の必要員数(人)		※		※						
適否		※		※							
設備	設備基準上の数値記入項目等				基準上の必要数値				適否		
	居室	1室当たりの最大定員		人	※	人以下		※			
	居室	利用者1人当たりの最小床面積		m ²	※	m ² 以上		※			
	廊下	片廊下の幅		m	※	m以上		※			
	廊下	中廊下の幅		m	※	m以上		※			
	食堂	と機能訓練室の合計床面積		m ²	※	m ² 以上		※			
	建物の構造概要								※		
	延床面積				m ²	※	m ² 以上		※		
主な揭示事項	利用定員		人								
	利用料		法定代理受領分				介護報酬告示上の額				
			法定代理受領分以外				介護報酬告示上の額				
	その他の費用		運営規程のとおり								
	通常の送迎の実施地域		①	②	③	④	⑤				
備考											
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 ※印欄には、記入しないでください。

(付表8-2)

(介護予防)短期入所生活介護事業者の記入事項

異動年月日

(特別養護老人ホームが空床を利用して、又は当該施設に併設して事業を行う場合)

事業所	フリガナ 名称							事業所番号(新規指定申請時は記入不要)					
	所在地	(〒 -)											
	連絡先	電話番号					FAX番号						
管理者	フリガナ 氏名					住所	(〒 -)						
	申請に係る事業所で兼務する他の職種(兼務する場合のみ記入してください。)												
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。)		事業所又は施設の名称										
			兼務する職種及び勤務時間										
空床型、併設型の別													
前年度平均入所者数		人				前年度短期入所平均利用者数				人			
従業者			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			
	特別養護老人ホーム従業者員数	常勤(人)											
		非常勤(人)											
	短期入所生活介護従業者(介護予防短期入所生活介護従業者)員数	常勤(人)											
		非常勤(人)											
	常勤換算後の員数(人)												
	基準上の必要員数(人)		※		※		※		※		※		
	適否		※		※		※		※		※		
			栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員等		栄養士を配置しない場合の措置				
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
	特別養護老人ホーム従業者員数	常勤(人)											
	非常勤(人)												
短期入所生活介護従業者(介護予防短期入所生活介護従業者)員数	常勤(人)												
	非常勤(人)												
基準上の必要員数(人)		※		※		※							
適否		※		※		※							
設備規準上の数値記入項目等		基準上の必要数値				適否							
設備	居室	1室当たりの最大定員	人		※	人以下		※					
		利用者1人当たりの最小床面積	㎡		※	㎡以上		※					
	廊下	片廊下の幅	m		※	m以上		※					
		中廊下の幅	m		※	m以上		※					
	食堂と機能訓練室の合計床面積		㎡		※	㎡以上		※					
	建物の構造概要												
	延床面積		㎡		※	㎡以上		※					
主な揭示事項	入所定員	人				短期入所(介護予防短期入所)				人			
	利用料	法定代理受領分	介護報酬告示上の額										
		法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額										
	その他の費用		運営規程のとおり										
	通常の送迎の	①	②	③	④	⑤							
実施地域		備考											
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 ※印欄には、記入しないでください。

(付表8-2の1)

共生型(介護予防)短期入所生活介護事業者の記入事項

異動年月日

(特別養護老人ホームが空床を利用して、又は当該施設に併設して事業を行う場合)

事業所	フリガナ 名称							事業所番号(新規指定申請時は記入不要)					
	所在地	(〒 -)											
	連絡先	電話番号					FAX番号						
	指定障害福祉サービス等の種別					指定障害福祉サービス等の事業所番号							
管理者	フリガナ 氏名					住所	(〒 -)						
	申請に係る事業所で兼務する他の職種(兼務する場合のみ記入してください。)												
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。)		事業所又は施設の名称										
			兼務する職種及び勤務時間										
空床型、併設型の別													
前年度平均入所者数		人				前年度短期入所平均利用者数				人			
従業者			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			
	特別養護老人ホーム 従業者員数	常勤(人)											
		非常勤(人)											
	短期入所生活介護従業者(介護予防短期入所生活介護従業者)員数	常勤(人)											
		非常勤(人)											
	常勤換算後の員数(人)												
	基準上の必要員数(人)		※		※		※		※				
	適否		※		※		※		※				
			栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員等		栄養士を配置しない場合の措置				
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
	特別養護老人ホーム 従業者員数	常勤(人)											
非常勤(人)													
短期入所生活介護従業者(介護予防短期入所生活介護従業者)員数	常勤(人)												
	非常勤(人)												
基準上の必要員数(人)		※		※		※							
適否		※		※		※							
設備規準上の数値記入項目等			基準上の必要数値				適否						
設備	居室	1室当たりの最大定員		人		※		人以下		※			
		利用者1人当たりの最小床面積		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		※			
	食堂と機能訓練室の合計床面積		m ²		※		m ² 以上		※				
	建物の構造概要		※										
	延床面積		m ²		※		m ² 以上		※				
主な揭示事項	入所定員	人				短期入所(介護予防短期入所)				人			
	利用料	法定代理受領分				介護報酬告示上の額							
		法定代理受領分以外				介護報酬告示上の額							
	その他の費用		運営規程のとおり										
	通常の送迎の		①		②		③		④		⑤		
実施地域		備考											
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 ※印欄には、記入しないでください。

- 備考
- 1 ※印欄には、記入しないでください。
 - 2 「変更内容」欄は変更する事項についてのみ、変更後の内容を記入してください。
 - 3 「利用料」欄及び「その他の費用」欄は、別に資料を添付することにより、記入を省略することができます。
 - 4 通常の事業の実施地域に変更がある場合は、変更後のすべての通常の事業の実施地域を記入してください。
 - 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。
 - 6 変更内容が分かる書類を添付してください。

(付表8-3の1)

共生型(介護予防)短期入所生活介護事業者の記入事項
(特別養護老人ホーム以外の施設が当該施設を併設して事業を行う場合)

受付番号 ※

介護保険事業所番号	1	4								
事業所	フリガナ									
	名称									
	連絡先	電話番号					FAX番号			
	指定障害福祉サービス等の種別					指定障害福祉サービス等の事業所番号				

変更内容											
管理者	フリガナ	(〒 -)									
	氏名	住所									
	届出に係る事業所で兼務する他の職種(兼務する場合のみ記入してください。)										
管理者	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。)	事業所又は施設の名称									
			兼務する職種及び勤務時間								
本体施設の種別											
事業変更時の入所者推定数		人			短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護)利用者の推定数				人		
従業者			医師		生活相談員		介護職員		看護職員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	本体施設の従業者員数	常勤(人)									
		非常勤(人)									
	短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護)従業者員数	常勤(人)									
		非常勤(人)									
	常勤換算後の員数(人)										
	基準上の必要員数(人)		※		※		※		※		
	適否		※		※		※		※		
			栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員等		栄養士を配置しない場合の措置		
専従			兼務	専従	兼務	専従	兼務				
本体施設の従業者員数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護)従業者員数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
基準上の必要員数(人)		※		※		※		※			
適否		※		※		※		※			
設備	設備規準上の数値記入項目等				基準上の必要数値			適否			
	居室	1室当たりの最大定員			人	※	人以下	※			
		利用者1人当たりの最小床面積			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	※			
	食堂と機能訓練室の合計床面積				m ²	※	m ² 以上	※			
	建物の構造概要							※			
	延床面積				m ²	※	m ² 以上	※			
主な揭示事項	入所定員	人			短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護)利用定員数			人			
	利用料	法定代理受領分									
		法定代理受領分以外									
	その他の費用										
	通常の送迎の実施地域	①	②	③	④	⑤					
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						

(裏)
備考

- 1 ※印欄には、記入しないでください。
- 2 「変更内容」欄は変更する事項についてのみ、変更後の内容を記入してください。
- 3 「利用料」欄及び「その他の費用」欄は、別に資料を添付することにより、記入を省略することができます。
- 4 通常の事業の実施地域に変更がある場合は、変更後のすべての通常の事業の実施地域を記入してください。
- 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。
- 6 変更内容が分かる書類を添付してください。

(付表10)

(介護予防)特定施設入居者生活介護事業者の記入事項

異動年月日

事業所	フリガナ											事業所番号(新規指定申請時は記入不要)					
	名称																
	所在地	(〒 -)															
	連絡先	電話番号									FAX番号						
施設区分 (該当部分に「○」を付してください。)	有料老人ホーム													施設開設年月日	年	月	日
	軽費老人ホーム																
	高齢者専用賃貸住宅																
	養護老人ホーム																
入居者の要件 (該当部分に「○」を付してください。)	介護専用型																
	介護専用型以外																
サービスの提供形態 (該当部分に「○」を付してください。)	一般型																
	外部サービス利用型																
管理者	フリガナ											住所	(〒 -)				
	氏名																
	生年月日											電話					
	申請に係る事業所で兼務する他の職種(兼務する場合のみ記入してください。)																
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 (兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。)		事業所又は施設の名称														
		兼務する職種及び勤務時間															
前年度平均利用者数 合計 人(内訳:要支援1 人・要支援2 人 要介護 人)																	
従業者			生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		計画作成担当者						
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
	常勤	人															
	非常勤	人															
	常勤換算後の員数		人														
基準上の最小員数		人		※		※		※		※							
適否		※		※		※		※		※							
主な揭示事項	入居定員数											人					
	居室数											室					
	利用料	法定代理受領分					介護報酬告示上の額										
		法定代理受領分以外					介護報酬告示上の額										
その他の費用	運営規程のとおり																
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										
建物の構造概要	建物の構造																
	耐火建築物、準耐火建築物、木造の別																
	介護居室の1室当たりの最大定員						基準上の必要数値		適		否						
		人					※		人以下		※						

備考 ※印欄には、記入しないでください。

(付表11)

(介護予防)福祉用具貸与事業者の記入事項

異 動 年 月 日

事業所	フリガナ 名 称	事業所番号(新規指定申請時は記入不要)										
	所在地	(千 ー)										
	連絡先	電話番号	FAX番号									
管理者	フリガナ 氏 名	住所				(千 ー)						
	生年月日	電 話										
	福祉用具専門相談員との兼務の有無		(有 ・ 無)									
	同一敷地内の他の事業所または施設で兼務する職種及び勤務時間(兼務する場合)		事業所又は施設の名称									
従業者			専 門 相 談 員				/					
			専 従		兼 務							
	常 勤 (人)											
	非 常 勤 (人)											
	常勤換算後の員数 (人)											
	基準上の必要員数 (人)		※									
主な揭示事項	適 否		※									
	営 業 日		日	月	火	水	木	金	土	祝	備考	
	営 業 時 間		平日				土曜日			日曜・祝日		
			備考									
	取り扱う種目		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				体位変換機			
			手すり		スロープ				歩行器			
			歩行補助つえ		認知症老人はいかい感知器				移動用リフト			
			自動排泄処理装置									
	その他											
利 用 料		法定代理受領分										
		法定代理受領分以外										
そ の 他 の 費 用												
通常の事業の実施地域		①	②	③	④	⑤						
		備 考										

備考 ※印欄には、記入しないでください。

(付表12)

特定(介護予防)福祉用具販売事業者の記入事項

異 動 年 月 日

事業所	フリガナ 名 称								事業所番号(新規指定申請時は記入不要)															
	所在地	(〒 -)																						
	連絡先	電話番号					FAX番号																	
管理者	フリガナ					住所	(〒 -)																	
	氏 名					住所																		
	生年月日					電話																		
	福祉用具専門相談員との兼務の有無		(有 ・ 無)																					
従業者	同一敷地内の他の事業所または施設で兼務する職種及び勤務時間(兼務する場合)	事業所又は施設の名称																						
		兼務する職種及び勤務時間																						
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">福祉用具専門相談員</td> </tr> <tr> <td>専従</td> <td>兼務</td> </tr> <tr> <td>常 勤 (人)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>非 常 勤 (人)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>常勤換算後の員数 (人)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>基準上の必要員数 (人)</td> <td>※</td> </tr> <tr> <td>適 否</td> <td>※</td> </tr> </table>		福祉用具専門相談員		専従	兼務	常 勤 (人)		非 常 勤 (人)		常勤換算後の員数 (人)		基準上の必要員数 (人)	※	適 否	※								
			福祉用具専門相談員																					
			専従	兼務																				
			常 勤 (人)																					
非 常 勤 (人)																								
常勤換算後の員数 (人)																								
基準上の必要員数 (人)	※																							
適 否	※																							
主な 掲 示 事 項	営 業 日	日 月	火	水	木	金	土	祝	備考															
	営 業 時 間	平日					土曜日			日曜・祝日														
		備考																						
	取り扱う種目	腰掛便座		特殊尿器		入浴補助用具																		
		簡易浴槽		移動用リフトのつり具の部分																				
		その他 ※																						
	販 売 費 用 の 額																							
そ の 他 の 費 用																								
通常 の 事 業 の 実 施 地 域	①	②	③	④	⑤																			
	備 考																							

備考 ※印欄には、記入しないでください。

(付表13)

指定居宅介護支援事業者の記入事項

異 動 年 月 日

事業所	フリガナ											事業所番号(新規指定申請時は記入不要)			
	名 称														
	所在地	(〒 -)													
	連絡先	電話番号									FAX番号				
管理者	フリガナ									住所	(〒 -)				
	氏 名														
	介護支援専門員との兼務の有無		(有 ・ 無)												
	同一敷地内の他の事業所または施設で兼務する職種及び勤務時間(兼務する場合)		事業所又は施設の名称												
			兼務する職種及び勤務時間												
異動年月の利用者予定数														人	
従業者	介護支援専門員		専従		兼務		/								
			常勤(人)		非常勤(人)										
	営業日		日	月	火	水							木	金	土
主な揭示事項	営業時間		平日				土曜日				日曜・祝日				
			備考												
	利 用 料		法定代理受領分				なし								
			法定代理受領分以外				介護報酬告示上の額								
	その他の費用		運営規程のとおり												
通常の事業の実施地域		①	②			③			④			⑤			
		備考													

備考 ※印欄には、記入しないでください。

(付表14)

介護老人福祉施設の記入事項

異 動 年 月 日

施設	フリガナ 名称							事業所番号(新規指定申請時は記入不要)				
	所在地	(〒 -)										
	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					電話						
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。)		事業所又は施設の名称									
			兼務する職種及び勤務時間									
前年度平均入所者数		人										
従業者			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		
	介護老人福祉施設従業者員数	常勤(人)										
		非常勤(人)										
	常勤換算後の員数(人)											
	基準上の必要員数(人)		※		※		※		※			
	適否		※		※		※		※			
			栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員等		栄養士を配置しない場合の措置			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
	介護老人福祉施設従業者員数	常勤(人)										
非常勤(人)												
基準上の必要員数(人)		※		※		※						
適否		※		※		※						
主な揭示事項		入所定員	人									
		利用料	法定代理受領分	介護報酬告示上の額								
			法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額								
その他の費用		運営規程のとおり										
設備	居室	1室当たりの最大定員	人		※		基準上の必要数値		人 以下		※	
		入所者1人当たりの最小床面積	㎡		※				㎡ 以上		※	
	食堂及び機能訓練室合計床面積		㎡		※				㎡ 以上		※	
	廊下	片廊下の幅	m		※				m 以上		※	
		中廊下の幅	m		※				m 以上		※	
	建物	構造概要										※
延床面積		㎡		※				㎡ 以上		※		
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 ※印欄には、記入しないでください。

(付表15)

介護老人保健施設の記入事項

異動年月日

施設	フリガナ 名 称	事業所番号(新規指定申請時は記入不要)										
	所在地	(〒 -)										
	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					電話						
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。)		事業所又は施設の名称		兼務する職種及び勤務時間							
入所者の推定数		人				通所利用者の推定数				人		
従業者	介護老人保健施設従事員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員		理学療法士又は作業療法士	
			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)											
	常勤換算後の員数(人)											
	基準上の必要員数(人)		※		※		※		※		※	
	適否		※		※		※		※		※	
	介護老人保健施設従事員数		介護支援専門員		計画作成経験者		支援相談員		栄養士			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤(人)											
非常勤(人)												
基準上の必要員数(人)		※		※		※		※				
適否		※		※		※		※				
併設する事業所又は施設(併設する事業所又は施設がある場合は記入してください。)		フリガナ名称										
設備	療養室	1室当たりの最大定員		人		基準上の必要数値		人以下		※		
		入所者1人あたり最小床面積		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		※		
	機能訓練室床面積		m ²		※		m ² 以上		※			
	食堂床面積		m ²		※		m ² 以上		※			
	建物の構造概要				※				※			
	延べ床面積		m ²		※		m ² 以上		※			
施設を共用する事業所又は施設(施設を共用する事業所又は施設がある場合は記入してください。)		フリガナ名称										
主な掲示事項	入所定員		人									
	利用料		法定代理受領分									
	その他費用		法定代理受領分以外									
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 ※印欄には、記入しないでください。

(付表16-1)

介護療養型医療施設の記入事項(病院による場合)

異 動 年 月 日

施設	フリガナ 名称					事業所番号(新規指定申請時は記入不要)					
	所在地	(〒 -)									
	連絡先	電話番号			FAX番号						
病院の開設年月日											
管理者	フリガナ 氏名			住所	(〒 -)						
	生年月日			電話							
	申請に係る施設で兼務する他の職種(兼務する場合のみ記入してください。)										
兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。)		事業所又は施設の名称									
		兼務する職種及び勤務時間									
施設類型(申請するものすべてに「○」を付してください。)	当該病棟の病床数			左のうち申請する病床数		当該病棟の平均入院患者数		完全型	転換型		
								(該当型に「○」を付してください。)			
	① 療養型病床群を有する病棟										
② 老人性認知症疾患療養病棟を有する病棟											
合 計											
指定申請をする病棟部分の従業者の職種・員数(①)	看護職員		介護職員		理学療法士又は作業療法士		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	※		※		※		※				
指定申請をする病棟部分の従業者の職種・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	※		※		※		※		※		

(裏)

			基準上の必要数値		適合の可否		
指定申請を行なう施設の設備基準上の数値記載項目	①	病室	1室の最大病床数	床	※	床以下	※
		病室	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	廊下	片廊下の幅	m	※	m以上	※
		廊下	中廊下の幅	m	※	m以上	※
	②	病室	1室の最大病床数	床	※	床以下	※
		病室	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	※
		廊下	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	※
	③		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	※
		病室	入院患者1人あたり最小床面積	m ²	※	m ² 以上	※
		廊下	片廊下の幅	m	※	m以上	※
廊下		中廊下の幅	m	※	m以上	※	
主な掲示事項	入院患者の定員		① 療養型病床群		② 老人性認知症患者療養病棟		
	利用料	法定代理受領分					
		法定代理受領分以外					
	その他の費用						

備考

- 1 ※印欄には、記入しないでください。また、裏面にも必要事項を記入してください。

別紙

介護療養型医療施設の病棟ごとの従業者数

名称												
病棟名				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				
	① 療養型病床群を有する病棟											
	② 老人性認知症疾患療養病棟を有する病棟											
	③ 介護力強化病棟											
	① 療養型病床群			看護職員		介護職員		理学療法士又は作業療法士		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		※		※		※		※			
	② 老人性認知症病棟			看護職員		介護職員		作業療法士等		精神保健福祉士等		
				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		※		※		※		※			
	主な揭示事項	入院患者の定員										
		利用料	法定代理受領分									
法定代理受領分以外												
その他の費用												
病棟名				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				
	① 療養型病床群を有する病棟											
	② 老人性認知症疾患療養病棟を有する病棟											
	③ 介護力強化病棟											
	① 療養型病床群			看護職員		介護職員		理学療法士又は作業療法士		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		※		※		※		※			
	② 老人性認知症病棟			看護職員		介護職員		作業療法士等		精神保健福祉士等		
				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		※		※		※		※			
	主な揭示事項	入院患者の定員										
		利用料	法定代理受領分					介護報酬告示上の額				
法定代理受領分以外					介護報酬告示上の額							
その他の費用					運営規程のとおり							

備考 1 この表は、複数の病棟で申請するときに使用します。
 2 ※印欄には、記入しないでください。

(付表16-2)

介護療養型医療施設の記入事項(診療所による場合)

異 動 年 月 日

施設	フリガナ						事業所番号(新規指定申請時は記入不要)				
	名称										
	所在地	(〒 -)									
連絡先	電話番号				FAX番号						
	病院・診療所の開設年月日										
管理者	フリガナ				住所	(〒 -)					
	氏名				電話						
	生年月日				申請に係る施設で兼務する他の職種(兼務する場合のみ記入してください。)						
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。)			事業所又は施設の名称							
兼務する職種及び勤務時間											
全病床数	療養型病床群の病床数	左のうち申請する病床数	療養型病床群の平均入院患者数	完全型	転換型						
				(該当型に「○」を付してください。)							
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	※		※		※		※				
療養病床部分の設備基準上の数値記載項目	病室			1室の最大病床数		床	※	床以下	※		
				入院患者1人あたり最小床面積		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	※		
	食堂面積					m ²	※	m ² 以上	※		
主な掲示事項	入院患者の定員										
	利用料	法定代理受領分		介護報酬告示上の額							
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額							
その他の費用			運営規程のとおり								

備考

1 ※印欄には、記入しないでください。

介護療養型医療施設の病棟ごとの従業者数

名称														
病棟名	① 療養型病床群を有する病棟										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	
	② 老人性認知症患者療養病棟を有する病棟													
	③ 介護力強化病棟													
	① 療養型病床群			看護職員		介護職員		理学療法士又は作業療法士		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		※		※		※		※					
	② 老人性認知症病棟			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		※		※		※		※		※				
主な揭示事項	入院患者の定員													
	利用料	法定代理受領分												
		法定代理受領分以外												
	その他の費用													
病棟名	① 療養型病床群を有する病棟										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	
	② 老人性認知症患者療養病棟を有する病棟													
	③ 介護力強化病棟													
	① 療養型病床群			看護職員		介護職員		理学療法士又は作業療法士		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		※		※		※		※					
	② 老人性認知症病棟			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		※		※		※		※		※				
主な揭示事項	入院患者の定員													
	利用料	法定代理受領分										介護報酬告示上の額		
		法定代理受領分以外										介護報酬告示上の額		
	その他の費用										運営規程のとおり			

備考 1 この表は、複数の病棟で申請するときに使用します。
 2 ※印欄には、記入しないでください。

(付表17)

夜間対応型訪問介護事業者の記入事項

異 動 年 月 日

事業所	フリガナ								事業所番号(新規指定申請時は記入不要)			
	名称											
	所在地	(〒 -)										
	連絡先	電話番号						FAX番号				
管理者	フリガナ						住所	(〒 -)				
	氏名						電話					
	生年月日						訪問介護員等との兼務の有無	(有・無)				
	同一敷地内の他の事業所または施設で兼務する職種及び勤務時間(兼務する場合)						事業所又は施設の名称					
							兼務する職種及び勤務時間					
							オペレーションセンターの有無	有・無				
						オペレーションセンターの設置数	か所					
						予定利用者数	人					
従業者	訪問介護員等	定期巡回サービス		随時訪問サービス		オペレーター		面接相談員				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
		常勤(人)										
	非常勤(人)											
	基準上の必要人数(人)	※		※		※		※				
適合の可否	※		※		※		※					
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考(その他の年間の休日)		
	営業時間	平日						～	土曜日			
		日曜日						～	祝日			
		備考										
	利用料	法定代理受領分										
		法定代理受領分以外										
	その他の費用											
通常の事業の実施地域	①	②		③		④		⑤				
	備考											

備考 1 ※印欄には、記入しないでください。

2 申請に係る事業所の所在地以外の場所に出張所等がある場合は、付表1-2に所在地等を記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

3 指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、指定地域密着型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。

4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。

(付表17)

夜間対応型訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で
一部実施する場合の記載事項

異 動 年 月 日

事業所	フリガナ											事業所番号(新規指定申請時は記入不要)			
	名称														
	所在地	(〒 -)													
	連絡先	電話番号							FAX番号						
主な 揭示 事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考(その他 年間の休日)					
	営業時間	平日							~	土曜日					
		日曜日							~	祝日					
		備考													
	利用料	法定代理受領分													
法定代理受領分以外															
その他の費用															
通常の事業 の実施地域	①				②				③			④			⑤
	備考														

備考 1 ※印欄には、記入しないでください。

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

(介護予防)認知症対応型通所介護事業者の記入事項(単独型・併設型)

異 動 年 月 日

事業所	フリガナ名											事業所番号(新規指定申請時は記入不要)			
	所在地	(〒 -)													
	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							電話							
	介護職員等との兼務の有無	(有・無)													
	同一敷地内の他の事業所または施設で兼務する職種及び勤務時間(兼務する場合)	事業所又は施設の名称													
		兼務する職種及び勤務時間													
主な揭示事項	実施単位数	単位	同時に通所介護(介護予防通所介護)の提供を受けることができる利用者の数の上限										人		
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考					
	営業時間	平日							土曜			日曜・祝日			
	利用料	法定代理受領分	介護報酬告示上の額												
		法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額												
	その他の費用	運営規程のとおり													
	事業所の形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型													
	通常の事業の実施地域	①	②	③	④	⑤	備考								
運営推進会議の有無	有・無														
単位ごとの揭示事項	1単位目	従業員 (単位当たり)	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員						
	利用定員		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
	人	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	食堂兼機能訓練室の面積	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	サービス提供時間				
	m ²														
	2単位目	従業員 (単位当たり)	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員						
	利用定員		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
	人	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	食堂兼機能訓練室の面積	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	サービス提供時間				
	m ²														
3単位目	従業員 (単位当たり)	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員							
利用定員		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務						
人	常勤(人)														
	非常勤(人)														
食堂兼機能訓練室の面積	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	サービス提供時間					
m ²															

- 備考 1 ※印欄には、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。
 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ、記載してください。
 4 従業員の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、出張所に従事する従業員の員数との合計数を記載してください。
 5 指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、指定地域密着型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添付してください。

(介護予防)認知症対応型通所介護事業者の記入事項(共用型)

異 動 年 月 日

事業所	フリガナ											事業所番号(新規指定申請時は記入不要)							
	名称																		
	所在地	(〒 -)																	
	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							電話											
	介護職員等との兼務の有無		(有・無)																
	同一敷地内の他の事業所または施設で兼務する職種及び勤務時間(兼務する場合)		事業所又は施設の名称																
			兼務する職種及び勤務時間																
運営	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考									
	営業時間	平日						土曜				日曜・祝日							
	利用料	法定代理受領分						介護報酬告示上の額											
		法定代理受領分以外						介護報酬告示上の額											
	その他の費用	運営規程のとおり																	
	種別																		
	名称											開設年月日							
	本体の事業所等の入居者を含めた利用者数		人						利用定員				人						
	通常の事業の実施地域	①	②	③	④	⑤	備考												
	運営推進会議の有無		有・無																
単位ごとの揭示事項	1単位目	従業者(単位当たり)	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員										
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務									
	利用定員	常勤(人)																	
	人	非常勤(人)																	
	食堂兼機能訓練室の面積	m ²	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	サービス提供時間							
	2単位目	従業者(単位当たり)	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員										
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務									
	利用定員	常勤(人)																	
	人	非常勤(人)																	
	食堂兼機能訓練室の面積	m ²	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	サービス提供時間							
3単位目	従業者(単位当たり)	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員											
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務										
利用定員	常勤(人)																		
人	非常勤(人)																		
食堂兼機能訓練室の面積	m ²	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	サービス提供時間								

- 備考
- ※印欄には、記入しないでください。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。
 - 「種別」欄には、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設の別を記載してください。
 - 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ、記載してください。
 - 従業者の職種・員数については、本体事業と申請に係る事業を併せた員数を記載してください。
 - 指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、指定地域密着型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添付してください。

(付表19)

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業者の記入事項

										異 動 年 月 日		
事業所	フリガナ									事業所番号(新規指定申請時は記入不要)		
	名称											
	所在地	(〒 -)										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
管理者	フリガナ					住所		(〒 -)				
	氏名					住所						
	生年月日					電話						
	介護職員等との兼務の有無		(有・無)									
	同一敷地内の他の事業所または施設で兼務する職種及び勤務時間(兼務する場合)		兼務する職種		勤務時間							
併設施設等	種別	名称				事業所番号						
通いサービスの利用者数(推定数を記入)					人							
登録定員	人				通いの定員	人				宿泊の定員	人	
従業者			介護従業者		うち看護職員		介護支援専門員					
			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)											
基準上の必要員数(人)		※		※		※						
適否		※		※		※						
建物構造概要	耐火構造物、準耐火構造物等の別											
	居間及び食堂の合計面積		m ²		基準上の必要面積		※ m ²		適否		※	
	個室以外の宿泊室の合計面積		m ²		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数		人		基準上の必要数値		※ m ² 適否 ※	
主な揭示事項	営業日		日		備考							
	営業時間(通い)		平日	～	土曜	～	日・祝	～				
	営業時間(宿泊)		平日	～	土曜	～	日・祝	～				
	登録定員	人				通いの定員	人				宿泊の定員	人
	利用料	法定代理受領分										
		法定代理受領分以外										
	その他の費用											
通常の事業の実施地域		①	②	③	④	⑤						
備考												
協力医療機関等	名称					主な診療科						
	名称					主な診療科						
	名称					主な診療科						
運営推進会議の有無		有・無										

- 備考
- ※印欄には、記入しないでください。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。
 - 「併設施設等」欄には、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設の別を記載してください。
 - 協力歯科医療機関がある場合は、「協力医療機関等」欄に併せて記入してください。
 - 指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、指定地域密着型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添付してください。

(付表19)

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

異 動 年 月 日

事業所	フリガナ											事業所番号(新規指定申請時は記入不要)				
	名称															
	所在地	(〒 -)														
	連絡先	電話番号							FAX番号							
建物構造概要	耐火構造物、準耐火構造物等の別															
	居間及び食堂の合計面積					m ²		基準上の必要面積			※	m ²		適	否	※
	個室以外の宿泊室の合計面積		m ²		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数			人		基準上の必要数値		※	m ²		適	否
主な揭示事項	登録定員	人			通いの定員	人			宿泊の定員	人						
	利用料	法定代理受領分														
		法定代理受領分以外														
	食事の提供に要する費用															
	宿泊に要する費用															
	通常の事業の実施地域		①	②		③		④		⑤						
備考																

- 備考 1 ※印欄には、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。

(付表20)

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護事業者の記入事項

異 動 年 月 日

事業所	フリガナ							事業所番号(新規指定申請時は記入不要)			
	名 称										
	所 在 地	(〒 -)									
	連 絡 先	電 話 番 号					F A X 番 号				
管理者	フリガナ					住 所	(〒 -)				
	氏 名					電 話					
	生年月日										
	介護職員等との兼務の有無		(有・無)								
	同一敷地内の他の事業所または施設で兼務する職種及び勤務時間(兼務する場合)	名 称					事 業 所 番 号				
		兼 務 す る 職 種									
勤 務 時 間											
ユニット数	ユ ニ ッ ト	ユニット①				ユニット②					
利 用 者 数	人	利 用 者 数	人			利 用 者 数	人				
従業者			介護従業者		計画作成担当者		介護従業者		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)										
	常勤換算後の員数(人)										
	基準上の必要員数(人)		※				※				
適 否		※	適 ・ 否			※	適 ・ 否				
耐火構造物、準耐火構造物等の別											
1 居室の最小床面積(内法)		面 積	m ²				m ²				
		適 否	※			適 ・ 否		※		適 ・ 否	
主な 掲 示 事 項	居 室 数		室(うち個室 室)				室(うち個室 室)				
	利 用 定 員		人				人				
	利 用 料	法定代理受領分									
		法定代理受領分以外									
そ の 他 の 費 用											
協力医療 機 関 等	名 称						主 な 診 療 科 名				
	名 称						主 な 診 療 科 名				
	名 称						主 な 診 療 科 名				
運 営 推 進 会 議 の 有 無		有 ・ 無									

- 備考 1 ※印欄には、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。
 3 協力歯科医療機関がある場合は、「協力医療機関等」欄に併せて記入してください。
 4 指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、指定地域密着型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添付してください。

(付表 2 1)

地域密着型特定施設入居者生活介護事業者の記入事項

異 動 年 月 日

事業所	フリガナ						事業所番号(新規指定申請時は記入不要)														
	名 称																				
	所在地	(〒 -)																			
	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					電 話															
	特定施設で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)																				
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 (兼務する場合のみ記入してください。)			名 称					事業所番号												
			兼 務 す る 職 種																		
			勤 務 時 間																		
施設 の 分	有 料 老 人 ホ ー ム				施設開設年月日																
	軽 費 老 人 ホ ー ム				施設開設年月日																
	高 齢 者 専 用 賃 貸 住 宅				施設開設年月日																
利 用 者 数	人				(前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)																
(推定数を記入)	要介護者	人																			
従業者	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	機能関連指導員		専従	兼務	計画作成担当者		専従	兼務	
	常勤(人)																				
	非常勤(人)																				
	常勤換算後の人数(人)		/																		
	基準上の必要員数(人)		※		※		※		※		※		※		※		※		※		※
適否		※		※		※		※		※		※		※		※		※		※	
建物構造 概 要	耐火建築物、準耐火建築物等の別																				
	介護居室の1室の最大定員				人	基準上の必要数値				※	m ²	適 否		※							
主な 掲 示 事 項	入 居 定 員																				
	居 室 数																				
	利 用 料	法定代理受領分																			
		法定代理受領分以外																			
その他の費用																					
協力医療 機 関 等	名 称						主な診療科														
	名 称						主な診療科														
	名 称						主な診療科														
運営推進会議の有無		有・無																			

備考 1 ※印欄には、記入しないでください。

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

3 協力歯科医療機関がある場合は、「協力医療機関等」欄に併せて記入してください。

4 指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、指定地域密着型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添付してください。

(付表22)

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業者の記入事項

異動年月日

事業所	フリガナ						事業所番号(新規指定申請時は記入不要)						
	名称												
	所在地	(〒 -)											
	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						電話						
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する場合のみ記入してください。)	名称						事業所番号					
		兼務する職種											
勤務時間													
本体施設の有無	有・無												
併設事業所の有無	有・無		併設事業所の名称、定員										
短期入所生活介護の実施の有無	有・無		事業の実施形態 空床型・併設型										
入居者数(推定数を記入)			人		短期入所利用者数(併設型の場合)					人(推定数を記入)			
従業者	/			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		
	常勤(人)												
	非常勤(人)												
	常勤換算後の人数(人)			/									
	基準上の必要員数(人)			/		※		※		※			
	適否			※		※		※		※			
	/			栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置しない場合の措置			
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
	常勤(人)												
	非常勤(人)												
	常勤換算後の人数(人)												
	基準上の必要員数(人)			※		※		※					
適否			※		※		※						
設備基準上の数値 記載項目等	/			地域密着型介護老人福祉施設				短期入所生活介護					
				基準上の必要値		適否		基準上の必要値		適否			
	居室	1室の最大定員	人	※	人以下	※	人	※	人以下	※			
		入所者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				
主な揭示事項	入所(利用)定員			人				人					
	利用料	法定代理受領分											
		法定代理受領分以外											
	その他の費用												
協力医療機関等	名称						主な診療科						
	名称						主な診療科						
運営推進会議の有無			有・無										

(裏)

- 備考
- 1 ※印欄には、記入しないでください。
 - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。
 - 3 「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。
 - 4 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の主な揭示事項、設備基準上の数値記載項目等欄については、記載を要しません。
 - 5 「兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記載してください。
 - 6 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。
 - 7 指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、指定地域密着型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添付してください。

(付表23)

介護予防支援事業者の記入事項

異 動 年 月 日

事業所	フリガナ							事業所番号(新規指定申請時は記入不要)					
	名称												
	所在地	(〒 -)											
	連絡先	電話番号					FAX番号						
管理者	フリガナ					住所	(〒 -)						
	氏名					電話							
	生年月日					電話							
	地域包括支援センターにおける他の職務との兼務の有無							有 ・ 無					
	当該指定介護予防支援事業所の他の職務との兼務(兼務の場合記入)		兼務する職種及び勤務時間等										
事業開始時の利用者の推定数							人						
従業者			担当職員				その他の職員(事務職員等)						
			専従		兼務		専従		兼務				
	常勤(人)												
	非常勤(人)												
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考(その他の年間の休日)			
	営業時間	平日					～			土曜			
		日曜日					～			祝日			
	利用料	法定代理受領分											
		法定代理受領分以外											
	その他の費用												
	通常の事業実施地域												
添付書類		別添のとおり											

- 備考
- 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。
 - 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 4 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
 - 5 「担当職員」については、指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等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に規定する担当職員の員数を記載してください。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者の記入事項

異 動 年 月 日

事業所	フリガナ								事業所番号(新規指定申請時は記入不要)							
	名称															
	所在地	(〒 -)														
	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						電話									
	訪問介護員等との兼務の有無		(有 ・ 無)													
	同一敷地内の他の事業所または施設で兼務する職種及び勤務時間(兼務する場合)	名称						事業所番号								
	兼務する職種															
	勤務時間															
種別	介護・看護一体型 / 介護・看護連携型															
併設事業所の有無	有 ・ 無															
併設事業所がある場合サービス種別																
連携する訪問看護事業所(連携型を実施する場合のみ記載)	事業所名															
	所在地															
	事業所番号															
オペレーションセンターの有無	有 ・ 無															
オペレーションセンターの設置数	か所															
予定利用者数	人															
従業者			訪問介護員等				オペレーター		計画作成責任者							
			定期巡回サービス	随時訪問サービス	専	従	兼	務	専	従	兼	務	専	従	兼	務
	常勤(人)															
	非常勤(人)															
	基準上の必要人数(人)	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※		
	適否	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※		
従業者			看護師		保健師		準看護師		理学療法士、作業療法士 又は言語聴覚士							
			専	従	兼	務	専	従	兼	務	専	従	兼	務	専	従
	常勤(人)															
	非常勤(人)															
	常勤換算後の員数(人)															
	基準上の必要人数(人)	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※		
適否	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※			
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考(その他の年間の休日)						
	営業時間	平日						～			土曜日					
		日曜日						～			祝日					
		備考														
	利用料	法定代理受領分														
		法定代理受領分以外														
	その他の費用															
通常の事業の実施地域	①			②			③			④			⑤			
	備考															
介護・医療連携推進会議の有無	有 ・ 無															

備考

- ※印欄には、記入しないでください。
- 申請に係る事業所の所在地以外の場所に出張所等がある場合は、付表1-2に所在地等を記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、指定地域密着型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。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。

(付表24)

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を
事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記入事項

受付番号※

事業所	フリガナ																
	名称																
	所在地	(〒 -)															
	連絡先	電話番号							FAX番号								
主な 掲 示 事 項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考(その他 年間の休日)							
	営業時間	平日							~	土曜日							
		日曜日							~	祝日							
		備考															
	利用料	法定代理受領分															
		法定代理受領分以外															
その他の費用																	
通常 の 事 業 の 実 施 地 域	①				②				③				④				⑤
	備考																

備考 1 ※印欄には、記入しないでください。

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

(付表25)

看護小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記入事項

異動年月日※

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(〒 -)						
併設施設等種別	連絡先電話番号				FAX番号			
	種別	名称				事業所番号		
訪問看護事業所の指定の有無	有・無	病院、診療所、訪問看護ステーションの別						
	名称				事業所番号			
管理者	フリガナ					(〒 -)		
	氏名					住所		
	生年月日					電話		
	事業所内の従業者との兼務の有無	有・無		職種：				
	他事業所の従業者との兼務の有無	有・無		事業所の名称			事業所番号	
通いサービスの利用者数（推定数を記入）			人					
登録定員	人		通いの定員	人		宿泊の定員	人	
従業者		介護従業者		看護職員		介護支援専門員		
		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）						
		基準上の必要員数（人）		※		※		
	適否		※		※			
建物構造概要	耐火構造物、準耐火構造物等の別							
	居間及び食堂の合計面積		m ²		基準上の必要面積		m ² 適否 ※	
	個室の宿泊室 室うち床面積6.4m ² 以上7.43m ² 未満の宿泊室（病院又は診療所である場合） 室							
	個室以外の宿泊室の合計面積		m ²	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	人	基準上の必要数値	m ² 適否 ※	
主な揭示事項	営業日	日		備考				
	営業時間（通い）	平日	～	土曜	～	日・祝	～	
	営業時間（宿泊）	平日	～	土曜	～	日・祝	～	
	登録定員	人		通いの定員	人		宿泊の定員	人
	利用料	法定代理受領分						
		法定代理受領分以外						
	その他の費用							
通常の事業地の実地		①	②	③	④	⑤		
備考								
協力医療機関等	名称				主な診療科			
	名称				主な診療科			
	名称				主な診療科			
運営推進会議の有無		有・無						

- 備考 1 ※印欄には、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。
 3 「併設施設等」欄には、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設の別を記載してください。
 4 協力歯科医療機関がある場合は、「協力医療機関等」欄に併せて記入してください。
 5 指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、指定地域密着型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添付してください。

(付表25)

看護小規模多機能型居宅介護事業所を事業所所在地以外の場所で
一部実施する場合の記載事項

異 動 年 月 日

事業所	フリガナ											事業所番号(新規指定申請時は記入不要)						
	名称																	
	所在地	(〒 -)																
	連絡先	電話番号							FAX番号									
建物構造概要	耐火構造物、準耐火構造物等の別																	
	居間及び食堂の合計面積					m ²		基準上の必要面積			※		m ²		適否		※	
	個室以外の宿泊室の合計面積			m ²		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数			人		基準上の必要数値		※		m ²		適否	
主な揭示事項	登録定員	人			通いの定員	人			宿泊の定員	人								
	利用料	法定代理受領分																
		法定代理受領分以外																
	食事の提供に要する費用																	
	宿泊に要する費用																	
	通常の事業の実施地域	①			②			③			④			⑤				
備考																		

- 備考 1 ※印欄には、記入しないでください。
2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。

(付表26-1)

地域密着型通所介護事業者の記入事項

異 動 年 月 日

事業所	フリガナ名	事業所番号(新規指定申請時は記入不要)										
	所在地	(〒 -)										
	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					電話						
	介護職員等との兼務の有無		(有・無)									
	同一敷地内の他の事業所または施設で兼務する職種及び勤務時間(兼務する場合)		事業所又は施設の名称									
			兼務する職種及び勤務時間									
主な揭示事項	実施単位数	単位	同時に通所介護(介護予防通所介護)の提供を受けることができる利用者の数の上限							人		
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考		
	営業時間	平日					土曜			日曜・祝日		
	利用料	法定代理受領分		介護報酬告示上の額								
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額								
	その他の費用	運営規程のとおり										
	通常の事業の実施地域	①	②		③		④		⑤			
運営推進会議の有無	有・無											
単位ごとの揭示事項	1単位目		従業員 (単位当たり)	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
	利用定員	人		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
			常勤(人)									
			非常勤(人)									
	食堂兼機能訓練室の面積		提供日	日	月	火	水	木	金	土	祝	サービス提供時間
	m ²											
	2単位目		従業員 (単位当たり)	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
	利用定員	人		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
			常勤(人)									
			非常勤(人)									
	食堂兼機能訓練室の面積		提供日	日	月	火	水	木	金	土	祝	サービス提供時間
	m ²											
3単位目		従業員 (単位当たり)	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員			
利用定員	人		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
		常勤(人)										
		非常勤(人)										
食堂兼機能訓練室の面積		提供日	日	月	火	水	木	金	土	祝	サービス提供時間	
m ²												

備考 4単位目以降の事業所は、1単位目を4単位目に変更して使用してください。

(付表26-2)

共生型地域密着型通所介護事業者の記入事項

異 動 年 月 日

事業所	フリガナ 名 称	事業所番号(新規指定申請時は記入不要)											
	所在地	(〒 -)											
	連絡先	電話番号					FAX番号						
	指定障害福祉サービス等の種別					指定障害福祉サービス等の事業所番号							
管理者	フリガナ 氏 名					住所	(〒 -)						
	生年月日					電話							
	介護職員等との兼務の有無	(有・無)											
	同一敷地内の他の事業所または施設で兼務する職種及び勤務時間(兼務する場合)	事業所又は施設の名称											
		兼務する職種及び勤務時間											
主な揭示事項	実施単位数	単位	同時に通所介護(介護予防通所介護)の提供を受けることができる利用者の数の上限							人			
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考			
	営業時間	平日					土曜			日曜・祝日			
	利用料	法定代理受領分				介護報酬告示上の額							
		法定代理受領分以外				介護報酬告示上の額							
	その他の費用	運営規程のとおり											
	通常の事業の実施地域	①	②			③			④		⑤		
運営推進会議の有無	有・無												
単位ごとの揭示事項	1単位目	従業員 (単位当たり)	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員				
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
	利用定員	人	常勤(人)										
			非常勤(人)										
	食堂兼機能訓練室の面積	m ²	提供日		日	月	火	水	木	金	土	祝	サービス提供時間
	2単位目	従業員 (単位当たり)	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員				
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
	利用定員	人	常勤(人)										
			非常勤(人)										
	食堂兼機能訓練室の面積	m ²	提供日		日	月	火	水	木	金	土	祝	サービス提供時間
	3単位目	従業員 (単位当たり)	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員				
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
利用定員	人	常勤(人)											
		非常勤(人)											
食堂兼機能訓練室の面積	m ²	提供日		日	月	火	水	木	金	土	祝	サービス提供時間	

備考 4単位目以降の事業所は、1単位目を4単位目に変更して使用してください。

(付表27)

介護医療院の記入事項

異 動 年 月 日

施設	フリガナ 名 称	事業所番号(新規指定申請時は記入不要)											
	所 在 地	(〒 -)											
	連 絡 先	電 話 番 号	F A X 番 号										
管理者	フリガナ 氏 名	住 所				(〒 -)							
	生年月日	電 話											
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。)		事業所又は施設の名称				兼務する職種及び勤務時間						
入 所 者 の 推 定 数		人				通所利用者の推定数						人	
従業者	介護医療院従事員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員		理学療法士又は作業療法士		
			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)												
	常 勤 換 算 後 の 員 数 (人)												
	基 準 上 の 必 要 員 数 (人)		※		※		※		※		※		
	適 否		※		※		※		※		※		
	介護医療院従事員数		介護支援専門員		計画作成経験者		支援相談員		栄養士				
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
	常 勤 (人)												
非 常 勤 (人)													
基 準 上 の 必 要 員 数 (人)		※		※		※		※					
適 否		※		※		※		※					
併設する事業所又は施設(併設する事業所又は施設がある場合は記入してください。)		フリガナ 名 称											
設備	療養室	1室当たりの最大定員		人		基準上の必要数値		人以下		※			
		入所者1人あたり最小床面積		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		※			
	機能訓練室床面積		m ²		※		m ² 以上		※				
	食堂床面積		m ²		※		m ² 以上		※				
	建物の構造概要				※				※				
	延べ床面積		m ²		※		m ² 以上		※				
施設を共用する事業所又は施設(施設を共用する事業所又は施設がある場合は記入してください。)		フリガナ 名 称											
主な掲示事項	入 所 定 員		人										
	利 用 料		法定代理受領分										
	そ の 他 費 用		法定代理受領分以外										
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 ※印欄には、記入しないでください。