

介護保険法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成18年3月31日

岩手県知事 増田 寛也

岩手県規則第104号

介護保険法施行細則の一部を改正する規則

介護保険法施行細則（平成11年岩手県規則第119号）の一部を次のように改正する。

| 改正前 | 改正後 |
|---|--|
| <p>(趣旨)</p> <p>第1条 この規則は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）、介護保険法施行法（平成9年法律第124号。以下「施行法」という。）及び介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「省令」という。）の実施に関し必要な事項を定めるものとする。</p> | <p>(趣旨)</p> <p>第1条 この規則は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）、介護保険法施行法（平成9年法律第124号。以下「施行法」という。）、<u>介護保険法施行令（平成10年政令第412号。以下「政令」という。）</u>及び介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「省令」という。）の実施に関し必要な事項を定めるものとする。</p> <p><u>（介護員養成研修事業者の指定の申請）</u></p> <p>第2条 <u>政令第3条第2項の申請は、介護員養成研修事業者指定申請書（様式第1号）により行わなければならない。</u></p> <p><u>（介護員養成研修事業者の変更等の届出）</u></p> <p>第3条 <u>省令第22条の29の規定による変更の届出は介護員養成研修事業者変更届（様式第2号）により、同条の規定による介護員養成研修事業の廃止、休止又は再開の届出は介護員養成研修事業廃止（休止、再開）届（様式第3号）により行わなければならない。</u></p> <p><u>（福祉用具専門相談員指定講習会の指定の申請）</u></p> <p>第4条 <u>政令第3条の2第2項の申請は、福祉用具専門相談員指定講習会指定申請書（様式第4号）により行わなければならない。</u></p> <p><u>（福祉用具専門相談員指定講習会を行う者の変更等の届出）</u></p> <p>第5条 <u>省令第22条の36の規定による変更の届出は福祉用具専門相談員指定講習会事業者変更届（様式第5号）により、同条の規定による福祉用具専門相談員指定講習会事業の廃止、休止又は再開の届出は福祉用具専門相談員指定講習会事業廃止（休止、再開）届（様式第6号）により行わなければならない。</u></p> <p><u>（指定市町村事務受託法人の指定の申請）</u></p> <p>第6条 <u>政令第11条の2第1項の申請は、指定市町村事務受託法人指定申請書（様式第7号）により行わなければならない。</u></p> <p><u>（指定市町村事務受託法人の指定の更新の申請）</u></p> |

第7条 政令第11条の3第1項の更新の申請は、指定市町村
事務受託法人指定更新申請書（様式第8号）により行わな
ければならない。

（指定市町村事務受託法人の変更等の届出）

第8条 政令第11条の4第1項の規定による指定市町村事
務受託法人の指定に係る事務所の名称及び所在地その他
省令で定める事項の変更の届出は指定市町村事務受託法
人変更届（様式第9号）により、同項の規定による指定市
町村事務受託法人受託事務の廃止、休止又は再開の届出は
指定市町村事務受託法人受託事務廃止（休止、再開）届（様
式第10号）により行わなければならない。

（介護支援専門員の登録の申請）

第9条 法第69条の2第1項の登録の申請は、介護支援専門
員登録申請書（様式第11号）により行わなければならない。

（介護支援専門員の登録の移転の申請）

第10条 法第69条の3の申請は、介護支援専門員登録移転申
請書（様式第12号）により行わなければならない。

（介護支援専門員の登録事項の変更の届出）

第11条 法第69条の4の規定による届出は、介護支援専門員
登録事項変更届（様式第11号又は様式第16号）により行わ
なければならない。

（介護支援専門員の死亡等の届出）

第12条 法第69条の5の規定による届出は、介護支援専門員
死亡等届（様式第13号）により行わなければならない。

（介護支援専門員の登録の消除の申請）

第13条 法第69条の6第1号の申請は、介護支援専門員登録
消除申請書（様式第14号）により行わなければならない。

（介護支援専門員証の交付の申請）

第14条 法第69条の7第1項の申請は、介護支援専門員証交
付申請書（様式第15号）により行わなければならない。

（介護支援専門員証の書換え交付の申請）

第15条 省令第113条の23第1項の申請は、介護支援専門員
証書換え交付申請書（様式第16号）により行わなければな
らない。

（介護支援専門員証の再交付の申請）

第16条 省令第113条の25第1項の申請は、介護支援専門員
証再交付申請書（様式第17号）により行わなければならない。
い。

（介護支援専門員証の有効期間の更新の申請）

第17条 法第69条の8第1項の申請は、介護支援専門員証有

| | |
|---|--|
| <p>(指定居宅サービス事業者の指定の申請)</p> | <p><u>効期間更新申請書（様式第18号）により行わなければならない。</u></p> <p><u>（指定試験実施機関の指定の申請）</u></p> <p>第18条 政令第35条の3第1項の申請は、<u>介護支援専門員実務研修受講試験実施機関指定申請書（様式第19号）</u>により行わなければならない。</p> <p><u>（指定研修実施機関の指定の申請）</u></p> <p>第19条 政令第35条の4第1項の申請は、<u>介護支援専門員実務研修実施機関指定申請書（様式第20号）</u>により行わなければならない。</p> <p><u>（指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者の指定の申請）</u></p> |
| <p>第2条 法第70条第1項の申請は、<u>指定居宅サービス事業者指定申請書（様式第1号）</u>により行わなければならない。</p> <p>(指定居宅サービス事業者の特例に係る別段の申出)</p> | <p>第20条 法第70条第1項及び法第115条の2第1項の申請は、<u>指定居宅サービス（指定介護予防サービス）事業者指定申請書（様式第21号）</u>により行わなければならない。</p> <p><u>（指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者の指定の更新の申請）</u></p> <p>第21条 法第70条の2第1項（法第115条の10において準用する場合を含む。）の更新の申請は、<u>指定居宅サービス（指定介護予防サービス）事業者指定更新申請書（様式第22号）</u>により行わなければならない。</p> <p><u>（指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者の特例に係る別段の申出）</u></p> |
| <p>第3条 法第71条第1項ただし書、法第72条第1項ただし書、<u>施行法第4条ただし書及び施行法第5条ただし書の申出は、指定居宅サービス事業者の指定を不要とする申出書（様式第2号）</u>により行わなければならない。</p> <p>(指定居宅サービス事業者の変更等の届出)</p> | <p>第22条 法第71条第1項ただし書（法第115条の10で準用する場合を含む。）、<u>法第72条第1項ただし書（法第115条の10で準用する場合を含む。）、施行法第4条ただし書及び施行法第5条ただし書の申出は、指定居宅サービス（指定介護予防サービス）事業者の指定を不要とする申出書（様式第23号）</u>により行わなければならない。</p> <p><u>（指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者の変更等の届出）</u></p> |
| <p>第4条 法第75条の規定による事業所の名称及び所在地その他省令で定める事項の変更の届出は<u>指定居宅サービス事業者変更届（様式第3号）</u>により、同条の規定による指定居宅サービスの事業の廃止、休止又は再開の届出は<u>指定居宅サービス事業廃止（休止、再開）届（様式第4号）</u>により行わなければならない。</p> <p>(指定居宅介護支援事業者の指定の申請)</p> | <p>第23条 法第75条及び法第115条の5の規定による事業所の名称及び所在地その他省令で定める事項の変更の届出は<u>指定居宅サービス（指定介護予防サービス）事業者変更届（様式第24号）</u>により、同条の規定による指定居宅サービス及び指定介護予防サービスの事業の廃止、休止又は再開の届出は<u>指定居宅サービス（指定介護予防サービス）事業廃止（休止、再開）届（様式第25号）</u>により行わなければならない。</p> <p><u>（指定居宅介護支援事業者の指定の申請）</u></p> |

| | |
|--|--|
| <p>第5条 法第79条第1項の申請は、指定居宅介護支援事業者指定申請書（様式第5号）により行わなければならない。</p> <p>（指定居宅介護支援事業者の変更等の届出）</p> | <p>第24条 法第79条第1項の申請は、指定居宅介護支援事業者指定申請書（様式第26号）により行わなければならない。</p> <p>（指定居宅介護支援事業者の指定の更新の申請）</p> |
| <p>第6条 法第82条の規定による事業所の名称及び所在地その他省令で定める事項の変更に係る届出は指定居宅介護支援事業者変更届（様式第6号）により、同条の規定による指定居宅介護支援の事業の廃止、休止又は再開に係る届出は指定居宅介護支援事業廃止（休止、再開）届（様式第7号）により行わなければならない。</p> <p>（指定介護老人福祉施設の指定の申請）</p> | <p>第25条 法第79条の2第1項の更新の申請は、指定居宅介護支援事業者指定更新申請書（様式第27号）により行わなければならない。</p> <p>（指定居宅介護支援事業者の変更等の届出）</p> <p>第26条 法第82条の規定による事業所の名称及び所在地その他省令で定める事項の変更の届出は指定居宅介護支援事業者変更届（様式第28号）により、同条の規定による指定居宅介護支援の事業の廃止、休止又は再開の届出は指定居宅介護支援事業廃止（休止、再開）届（様式第29号）により行わなければならない。</p> <p>（指定介護老人福祉施設の指定の申請）</p> |
| <p>第7条 法第86条第1項の申請は、指定介護老人福祉施設指定申請書（様式第8号）により行わなければならない。</p> <p>（指定介護老人福祉施設の変更の届出）</p> | <p>第27条 法第86条第1項の申請は、指定介護老人福祉施設指定申請書（様式第30号）により行わなければならない。</p> <p>（指定介護老人福祉施設の指定の更新の申請）</p> <p>第28条 法第86条の2第1項の更新の申請は、指定介護老人福祉施設指定更新申請書（様式第31号）により行わなければならない。</p> <p>（指定介護老人福祉施設の変更の届出）</p> |
| <p>第8条 法第89条の規定による届出は、指定介護老人福祉施設変更届（様式第9号）により行わなければならない。</p> <p>（介護老人保健施設の開設許可の申請）</p> <p>第9条 法第94条第1項の許可の申請は、介護老人保健施設開設許可申請書（様式第10号）により行わなければならない。</p> <p>（介護老人保健施設の変更許可の申請）</p> | <p>第29条 法第89条の規定による届出は、指定介護老人福祉施設変更届（様式第32号）により行わなければならない。</p> <p>（介護老人保健施設の開設許可の申請）</p> <p>第30条 法第94条第1項の許可の申請は、介護老人保健施設開設許可申請書（様式第33号）により行わなければならない。</p> <p>（介護老人保健施設の変更許可の申請）</p> |
| <p>第10条 法第94条第2項の許可の申請は、介護老人保健施設変更許可申請書（様式第11号）により行わなければならない。</p> <p>（介護老人保健施設の管理者の承認の申請）</p> | <p>第31条 法第94条第2項の許可の申請は、介護老人保健施設変更許可申請書（様式第34号）により行わなければならない。</p> <p>（介護老人保健施設の開設許可の更新の申請）</p> <p>第32条 法第94条の2第1項の更新の申請は、介護老人保健施設開設許可更新申請書（様式第35号）により行わなければならない。</p> <p>（介護老人保健施設の管理者の承認の申請）</p> |
| <p>第11条 法第95条の承認の申請は、介護老人保健施設管理者承認申請書（様式第12号）により行わなければならない。</p> <p>（介護老人保健施設の広告の許可の申請）</p> | <p>第33条 法第95条の承認の申請は、介護老人保健施設管理者承認申請書（様式第36号）により行わなければならない。</p> <p>（介護老人保健施設の広告の許可の申請）</p> |
| <p>第12条 法第98条第1項第4号の許可の申請は、介護老人保</p> | <p>第34条 法第98条第1項第4号の許可の申請は、介護老人保</p> |

| | |
|---|--|
| <p>健施設広告事項許可申請書（<u>様式第13号</u>）により行わなければならない。</p> <p>（介護老人保健施設の変更の届出）</p> | <p>健施設広告事項許可申請書（<u>様式第37号</u>）により行わなければならない。</p> <p>（介護老人保健施設の変更の届出）</p> |
| <p><u>第13条</u> 法第99条の規定による届出は、介護老人保健施設変更届（<u>様式第14号</u>）により行わなければならない。</p> <p>（指定介護療養型医療施設の指定の申請）</p> | <p><u>第35条</u> 法第99条の規定による届出は、介護老人保健施設変更届（<u>様式第38号</u>）により行わなければならない。</p> <p>（指定介護療養型医療施設の指定の申請）</p> |
| <p><u>第14条</u> 法第107条第1項の申請は、指定介護療養型医療施設指定申請書（<u>様式第15号</u>）により行わなければならない。</p> <p>（指定介護療養型医療施設の指定の変更の申請）</p> | <p><u>第36条</u> 法第107条第1項の申請は、指定介護療養型医療施設指定申請書（<u>様式第39号</u>）により行わなければならない。</p> <p>（指定介護療養型医療施設の指定の更新の申請）</p> <p><u>第37条</u> 法第107条の2第1項の更新の申請は、指定介護療養型医療施設指定更新申請書（<u>様式第40号</u>）により行わなければならない。</p> <p>（指定介護療養型医療施設の指定の変更の申請）</p> |
| <p><u>第15条</u> 法第108条第1項の規定に基づく申請は、指定介護療養型医療施設指定変更申請書（<u>様式第16号</u>）により行わなければならない。</p> <p>（指定介護療養型医療施設の変更の届出）</p> | <p><u>第38条</u> 法第108条第1項の規定に基づく申請は、指定介護療養型医療施設指定変更申請書（<u>様式第41号</u>）により行わなければならない。</p> <p>（指定介護療養型医療施設の変更の届出）</p> |
| <p><u>第16条</u> 法第111条の規定による届出は、指定介護療養型医療施設変更届（<u>様式第17号</u>）により行わなければならない。</p> <p>（指定の辞退）</p> | <p><u>第39条</u> 法第111条の規定による届出は、指定介護療養型医療施設変更届（<u>様式第42号</u>）により行わなければならない。</p> <p>（指定の辞退）</p> |
| <p><u>第17条</u> 法第91条及び法第113条の規定に基づく指定の辞退は、指定辞退届（<u>様式第18号</u>）により行わなければならない。</p> | <p><u>第40条</u> 法第91条及び法第113条の規定に基づく指定の辞退は、指定辞退届（<u>様式第43号</u>）により行わなければならない。</p> <p>（指定調査機関の指定の申請）</p> |
| | <p><u>第41条</u> 法第115条の30第2項の申請は、指定調査機関指定申請書（<u>様式第44号</u>）により行わなければならない。</p> <p>（指定調査機関の名称等の変更の届出）</p> |
| | <p><u>第42条</u> 政令第37条の8第2項の規定による届出は、指定調査機関名称等変更届（<u>様式第45号</u>）により行わなければならない。</p> <p>（指定調査機関の調査事務規程の認可の申請）</p> |
| | <p><u>第43条</u> 政令第37条の10第1項の認可の申請は、指定調査機関調査事務規程（変更）認可申請書（<u>様式第46号</u>）により行わなければならない。</p> <p>（調査員養成研修を行う者の指定の申請）</p> |
| | <p><u>第44条</u> 政令第37条の14第4項の申請は、調査員養成研修を行う者に係る指定申請書（<u>様式第47号</u>）により行わなければならない。</p> <p>（調査員養成研修を行う者の変更等の承認の申請）</p> |
| | <p><u>第45条</u> 政令第37条の14第4項第3号イの承認の申請は、調</p> |

| | |
|--|---|
| | <p><u>査員養成研修を行う者に係る変更（廃止）承認申請書（様式第48号）により行わなければならない。</u></p> <p><u>（調査員養成研修を行う者の名称等の変更の届出）</u></p> <p>第46条 政令第37条の14第4項第3号ロの規定による届出は、<u>調査員養成研修を行う者に係る名称等変更届（様式第49号）により行わなければならない。</u></p> <p><u>（指定調査機関の業務の休廃止の許可の申請）</u></p> <p>第47条 法第115条の35の許可の申請は、<u>指定調査機関業務休廃止許可申請書（様式第50号）により行わなければならない。</u></p> <p><u>（指定情報公表センターの指定の申請）</u></p> <p>第48条 法第115条の36第2項の申請は、<u>指定情報公表センター指定申請書（様式第51号）により行わなければならない。</u></p> <p><u>（指定情報公表センターの名称等の変更の届出）</u></p> <p>第49条 政令第37条の15第2項において準用する政令第37条の8第2項の規定による届出は、<u>指定情報公表センター名称等変更届（様式第52号）により行わなければならない。</u></p> <p><u>（指定情報公表センターの情報公表事務規程の認可の申請）</u></p> <p>第50条 政令第37条の15第2項において準用する政令第37条の10第1項の認可の申請は、<u>指定情報公表センター情報公表事務規程（変更）認可申請書（様式第53号）により行わなければならない。</u></p> <p><u>（指定情報公表センターの業務の休廃止の許可の申請）</u></p> <p>第51条 法第115条の36第3項において準用する法第115条の35の許可の申請は、<u>指定情報公表センター業務休廃止許可申請書（様式第54号）により行わなければならない。</u></p> <p><u>（書類の提出先）</u></p> |
| <p><u>（書類の経由）</u></p> | |
| <p>第18条 この規則により知事に提出する申請書及び届書のうち<u>指定介護老人福祉施設に係るもの</u>にあつては所轄の<u>地方振興局長を、介護老人保健施設及び指定介護療養型医療施設に係るもの</u>にあつては所轄の保健所長を経由しなければならない。</p> | <p>第52条 第27条の規定により提出する申請書は所轄の<u>広域振興局長又は地方振興局長に、第30条及び第36条の規定により提出する申請書は所轄の保健所長（奥州保健所の所轄の区域にあつては、<u>県南広域振興局長</u>）に提出しなければならない。</u></p> |
| <p>備考 改正部分は、下線の部分である。 様式第1号から様式第18号までを次のように改める。</p> | |

年 月 日

岩手県知事 様

住所
氏名 ㊟
〔 法人にあっては、その名称、
主たる事務所の所在地及び代
表者の氏名 〕

介護員養成研修事業者指定申請書

介護員養成研修事業者の指定を受けたいので、介護保険法施行令第3条第2項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

- 1 申請者の氏名及び住所（法人にあっては、その名称及び主たる事務所の所在地）
- 2 研修の名称及び課程
- 3 事業所の所在地（講義を通信の方法によって行おうとする者にあっては、主たる事業所の所在地）

備考1 次の事項を記載した書類を添付してください。

- (1) 学則
 - (2) 講師の氏名、履歴及び担当科目並びに専任又は兼任の別
 - (3) 実習施設として利用しようとする施設の名称、所在地及び設置者の氏名（法人にあっては、その名称）
 - (4) (3)の施設における実習を承諾する旨の当該施設の設置者の承諾書
 - (5) 収支予算及び向こう2年間の財政計画
 - (6) 申請者が法人であるときは、定款その他の基本約款
 - (7) その他指定に関し知事が必要と認める事項
- 2 講義を通信の方法によって行おうとする者にあっては、備考1に定める書類のほか、次の事項を記載した申請書又は書類を添付してください。
- (1) 講義を通信の方法によって行う地域
 - (2) 添削指導及び面接指導の指導方法
 - (3) 面接指導を実施する期間における講義室及び演習室の使用についての当該施設の設置者の承諾書

年 月 日

岩手県知事 様

住所

氏名

⑩

（ 法人にあつては、その名称、
主たる事務所の所在地及び代
表者の氏名 ）

介護員養成研修事業者変更届

介護員養成研修事業に係る事業者の名称等に変更があつたので、介護保険法施行規則第22条の29の規定により、次のとおり届け出ます。

- 1 変更事項
- 2 変更年月日

備考 変更があつた事項に応じて必要な関係書類を添付してください。

(A4)

年 月 日

岩手県知事 様

住所

氏名

⑩

（ 法人にあつては、その名称、
主たる事務所の所在地及び代
表者の氏名 ）

介護員養成研修事業廃止（休止、再開）届

介護員養成研修事業を廃止（休止、再開）したので、介護保険法施行規則第22条の29の規定により、次のとおり届け出ます。

- 1 研修の名称及び課程
- 2 廃止（休止、再開）年月日
- 3 廃止（休止）した理由（廃止届又は休止届のみ記載してください。）
- 4 休止予定期間（休止届のみ記載してください。）

（A4）

年 月 日

岩手県知事 様

住所

氏名

⑩

（ 法人にあつては、その名称、
主たる事務所の所在地及び代
表者の氏名 ）

福祉用具専門相談員指定講習会指定申請書

福祉用具専門相談員指定講習会の指定を受けたいので、介護保険法施行令第3条の2第2項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

- 1 申請者の氏名及び住所（法人にあつては、その名称及び主たる事務所の所在地）
- 2 講習会の名称及び課程
- 3 事業所の所在地

備考 次の事項を記載した書類を添付してください。

- (1) 運営規程
- (2) 講師の氏名、履歴及び担当科目並びに専任又は兼任の別
- (3) 収支予算及び向こう2年間の財政計画
- (4) 申請者が法人であるときは、定款その他の基本約款
- (5) その他指定に関し知事が必要と認める事項

(A4)

年 月 日

岩手県知事 様

住所

氏名

⑨

（ 法人にあつては、その名称、
主たる事務所の所在地及び代
表者の氏名 ）

福祉用具専門相談員指定講習会事業者変更届

福祉用具専門相談員指定講習会事業に係る事業者の名称等に変更があつたので、介護保険法施行規則第22条の36の規定により、次のとおり届け出ます。

- 1 変更事項
- 2 変更年月日

備考 変更があつた事項に応じて必要な関係書類を添付してください。

(A4)

年 月 日

岩手県知事 様

住所

氏名

⑩

（ 法人にあっては、その名称、
主たる事務所の所在地及び代
表者の氏名 ）

福祉用具専門相談員指定講習会事業廃止（休止、再開）届

福祉用具専門相談員指定講習会事業を廃止（休止、再開）したので、介護保険法施行規則第22条の36の規定により、次のとおり届け出ます。

- 1 講習会の名称及び課程
- 2 廃止（休止、再開）年月日
- 3 廃止（休止）した理由（廃止届又は休止届のみ記載してください。）
- 4 休止予定期間（休止届のみ記載してください。）

（A4）

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

年 月 日

岩手県知事 様

主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の氏名

㊦

指定市町村事務受託法人指定申請書

指定市町村事務受託法人の指定を受けたいので、介護保険法施行令第11条の2第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

| | |
|---------|--|
| 所在市町村番号 | |
|---------|--|

| | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-----------|--|-----------------------|--|------------|--|
| 申請者 | フリガナ 名 称 | ----- | | | | | |
| | 主たる事務所の 所在地 | (郵便番号 ー) | | | | | |
| | 連絡先 | 電 話 番 号 | | | F A X 番 号 | | |
| | 法人の種別 | | | | 法人所轄庁 | | |
| | 代表者の職、氏 名及び生年月日 | 職 名 | | | フリガナ 氏 名 | 生 年 月 日 | |
| | 代表者の住所 | (郵便番号 ー) | | | | | |
| 指定を受 けよう とする 事務 所 | 事務所の所在地 | (郵便番号 ー) | | | | | |
| | 連絡先 | 電 話 番 号 | | | F A X 番 号 | | |
| | 指定を受けようとする事務 | | | 指定を申請する事務の開 始予定年月日 | 既に指定を受けている事務の指定年月日 | | |
| | 介護保険法第24条の2第1項第 1号に規定する事務 | | | | | | |
| | 介護保険法第24条の2第1項第 2号に規定する事務 | | | | | | |
| 既に指定等を受けている事業等の種類 | | | | 実施事業 | 既に指定を受けている事業及び許 可を受けている施設の指定又は開 設年月日 | | |
| 指定居宅サ ービス事業 | 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 | | | | | | |
| | 居宅療養管理指導 | | | | | | |
| | 通所介護 | | | | | | |
| | 通所リハビリテーション | | | | | | |
| | 短期入所生活介護 | | | | | | |
| | 短期入所療養介護 | | | | | | |
| | 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 | | | |
| 指定地域密着型サービス事業 | 夜間対応型訪問介護 | | | |
| | 認知症対応型通所介護 | | | |
| | 小規模多機能型居宅介護 | | | |
| | 認知症対応型共同生活介護 | | | |
| | 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | |
| | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | |
| 指定居宅介護支援事業 | | | | |
| 施設 | 指定介護老人福祉施設 | | | |
| | 介護老人保健施設 | | | |
| | 指定介護療養型医療施設 | | | |
| 指定介護予防サービス事業 | 介護予防訪問介護 | | | |
| | 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 | | | |
| | 介護予防居宅療養管理指導 | | | |
| | 介護予防通所介護 | | | |
| | 介護予防通所リハビリテーション | | | |
| | 介護予防短期入所生活介護 | | | |
| | 介護予防短期入所療養介護 | | | |
| | 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 | | | |
| 指定地域密着型介護予防サービス事業 | 介護要望認知症対応型通所介護 | | | |
| | 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | |
| | 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | |
| 介護保険事業者番号 | | | | (既に指定又は許可を受けている場合) |
| 医療機関等コード | | | | (保険医療機関として指定を受けている場合) |

- 備考 1 「受付番号」の欄及び「所在地コード」の欄は、記載しないでください。
- 2 「法人の種類」の欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、社団法人、株式会社、有限会社等の別を記載してください。
- 3 「法人所轄庁」の欄は、申請者が主務官庁等の認可又は許可を受けた法人である場合にその主務官庁等の名称を記載してください。
- 4 「指定を受けようとする事務」の欄は、今回申請するものについて、該当する欄に〇印を記載してください。
- 5 「実施事業」の欄は、既に指定又は許可を受けている事業又は施設の種別に応じて〇印（法第72条第1項の規定に基づき指定があったものとみなされる事業については、「みなし」）を記載してください。
- 6 「介護保険事業者番号」の欄は、申請者が既に介護保険事業者番号を付与されている場合に、当該介護保険事業者番号を記載してください。
- 7 「医療機関等コード」の欄は、申請者が既に保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションのコードを付与されている場合に、当該コード（複数のコードが付与されている場合は、すべてのコード）を記載してください。

受付番号

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|------------------|-----------|---|---|---|---|-----------|-----------|----|---------------|---|---|-------|---|---|--|
| 事務所 | フリガナ 名 称 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | | FAX番号 | | | | | | | | |
| 申請に係る事務の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項 | | | | | | | 第 条第 項第 号 | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ 氏 名 | | | | | | 住所 | (郵便番号 -) | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の員数 (人) | | 介護支援専門員 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 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 | その他の年間の 休日 | | | | | | |
| | 営業時間 | 平日 | | | | ～ | | | 土曜 | | | ～ | 日曜・祝日 | | ～ | |
| | | 備考 | | ⋮ | | | | | | | | | | | | |
| | 通常の受託事務の実 施地域 | ① | | | ② | | | ③ | | | ④ | | | ⑤ | | |
| | | 備考 | | ⋮ | | | | | | | | | | | | |

備考1 「受付番号」の欄は、記載しないでください。

2 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。

3 「主な揭示事項」につきましては、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 「営業日」の欄は、営業する曜日等の欄に〇月を記載してください。

5 次の事項を記載した書類を添付してください。

(1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条列等

(2) 申請に係る事務の従業者の勤務体制及び勤務形態

(3) 事務所の管理者の経歴

(4) 事務所の平面図

(5) 運営規程

(6) 照会等対象者又は被疑者若しくはその家族等からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

(7) 申請に係る資金の状況

(8) 介護保険法施行規則第34条の3各号に該当しないことを誓約する書面

(9) 役員の氏名、生年月日及び住所

(10) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

年 月 日

岩手県知事 様

主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の氏名 印

指定市町村事務受託法人指定更新申請書

指定市町村事務受託法人の指定の更新を受けたいので、介護保険法施行令第11条の3第4項において準用する同令第11条の2第1項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

| | | | | | | |
|---------------|------------------------------|-------------|-------------|-------------|---------|------|
| | | 所在市町村番号 | | | | |
| 申請者 | フリガナ 名 称 | ----- | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | 郵便番号 () | | | | |
| | 連絡先 | 電話 番号 | | F A X 番号 | | |
| | 法人の種類 | | 法人所轄庁 | | | |
| | 代表者の職、氏名及び生年月日 | 職名 | | フリガナ 氏 名 | ----- | 生年月日 |
| | 代表者の住所 | 郵便番号 () | | | | |
| 更新を受けようとする事務所 | 更新を受けようとする事務 | 市町村事務受託法人番号 | フリガナ 名 称 | 指定年月日 | 有効期間満了日 | |
| | 介護保険法第24条の2第1項 第1号に規定する事務 | | ----- | | | |
| | 介護保険法第24条の2第1項 第2号に規定する事務 | | ----- | | | |

- 備考1 「受付番号」の欄及び「所在市町村番号」の欄は、記載しないでください。
 2 「更新を受けようとする事務」の欄は、今回更新申請するものについて、該当する欄に〇印を記載してください。

受付番号

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|------------------|-----------|---|---|---|---|-----------|-----------|----|---------------|---|---|-------|--|---|
| 事務所 | フリガナ 名 称 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | | FAX番号 | | | | | | | |
| 申請に係る事務の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項 | | | | | | | 第 条第 項第 号 | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ 氏 名 | | | | | | 住所 | (郵便番号 -) | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の員数 (人) | | 介護支援専門員 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 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 | その他の年間の 休日 | | | | | |
| | 営業時間 | 平日 | | | | ~ | | | 土曜 | | ~ | | 日曜・祝日 | | ~ |
| | | 備考 | : | | | | | | | | | | | | |
| | 通常の受託事務の実 施地域 | ① | ② | | | ③ | | | ④ | | | ⑤ | | | |
| | | 備考 | : | | | | | | | | | | | | |

備考1 「受付番号」の欄は、記載しないでください。

2 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙記載の上添付してください。

3 「主な揭示事項」については、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 「営業日」の欄は、営業する曜日等の欄に○印を記載してください。

5 次の事項を記載した書類を添付してください。

- (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- (2) 申請に係る事務の従業者の勤務体制及び勤務形態
- (3) 事務所の管理者の経歴
- (4) 事務所の平面図
- (5) 運営規程
- (6) 照会等対象者又は被保険者若しくはその家族等からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
- (7) 申請に係る資産の状況
- (8) 介護保険法施行規則第34条の3各号に該当しないことを誓約する書面
- (9) 役員の氏名、生年月日及び住所
- (10) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号

6 既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。

- (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- (2) 事務所の管理者の経歴
- (3) 運営規程
- (4) 照会等対象者又は被保険者若しくはその家族等からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
- (5) 申請に係る事務の従業者の勤務体制及び勤務形態
- (6) 申請に係る資産の状況

岩手県知事 様

主たる事務所の所在地
名称

代表者の氏名

印

指定市町村事務受託法人変更届

指定市町村事務受託法人の名称等に変更があったので、介護保険法施行令第11条の4第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

| | | | |
|--------------|---|-------------|-----|
| | | 市町村事務受託法人番号 | |
| 指定内容を変更した事務所 | | 名称 | |
| | | 所在地 | |
| 受託事務の種類 | | | |
| 変更があった事項 | | 変更の内容 | |
| 1 | 事務所の名称 | (変更前) | |
| 2 | 事務所の所在地 | | |
| 3 | 申請者の名称及び主たる事務所の所在地 | | |
| 4 | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 | | |
| 5 | 定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等（申請に係る指定事務に関するものに限る。） | | |
| | | (変更後) | |
| 6 | 事務所の平面図 | | |
| 7 | 管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | | |
| 8 | 運営規程 | | |
| 9 | 役員の氏名、生年月日及び住所 | | |
| 10 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | |
| 変更年月日 | | 年 | 月 日 |

- 備考1 該当する番号を○で囲んでください。
2 変更があった事項に応じて必要な関係書類を添付してください。

岩手県知事 様

主たる事務所の所在地

名称

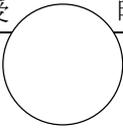
代表者の氏名 ㊟

指定市町村事務受託法人受託事務廃止 (休止、再開) 届

指定市町村事務受託法人の受託事務を廃止 (休止、再開) したので、介護保険法施行令第11条の4第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

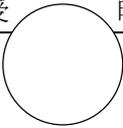
| | | |
|------------------------------------|--------------|--|
| 市町村事務受託法人番号 | | |
| 廃止 (休止、再開) する事務所の名称及び所在地 | 名 称 | |
| | 所在地 | |
| 廃止 (休止、再開) 年月日 | 年 月 日 | |
| 廃止 (休止) した理由 (廃止届又は休止届のみ記載してください。) | | |
| 現に事務を受託している市町村に対する措置 | 年 月 日～ 年 月 日 | |
| 休止予定期間 (休止届のみ記載してください。) | | |

備考 受託事務の再開を届け出る場合は、従業員の勤務体制及び勤務形態を記載した書類を添付してください。

| | | | | | | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------------------|---|-------------|-------------------------------|------|-------|--|
| 受 付 印  | 介護支援専門員登録申請書 （介護支援専門員登録事項変更届） | | | | | | | |
| 年 月 日 岩手県知事 様 | 申請 （届出） 者 | 住 所 （郵便番号 — ） 電話番号 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">フリガナ 氏 名</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">付 記 （理由） （登録番号） </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">生年月日</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table> | フリガナ 氏 名 | 付 記 （理由） （登録番号） | 生年月日 | 年 月 日 | |
| フリガナ 氏 名 | 付 記 （理由） （登録番号） | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

- 備考 1 登録申請にあつては、介護支援専門員実務研修を修了したことを証する書面を添付してください。
- 2 登録事項の変更を届け出る場合は、その理由及び登録番号を付記欄に記載してください。
- 3 登録事項の変更のうち、氏名の変更にあつては、戸籍謄本又は戸籍抄本を添付してください。

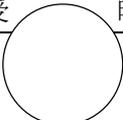
様式第12号（第10条関係）

| | | | | | | |
|--|-------------|----------------|-------------|----------------------------|----------------|--|
| 付 受印  | | 介護支援専門員登録移転申請書 | | 登録番号 | | |
| | | | | 登録をしている都道府県知事 | 知事 | |
| 年 月 日 岩手県知事 様 | 申 請 者 | 住 所 | フリガナ 氏 名 | 申請理由 | | |
| | | (郵便番号 -) | | | | |
| | | 電話番号 | 生年月日 | 移 転 後 の 状 況 | 事業者又は施設 の名称 | |
| | | | 年 月 日 | | 事業者等の 所在地 | |
| | | | | 事業所番号 | | |

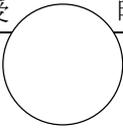
備考 登録をしている都道府県知事を経由して提出してください。

(A4)

様式第13号（第12条関係）

| | | | | |
|--|-----------------------|-----------|-------------|---|
| 受 付 印  | 介護支援専門員死亡等届 | | 登録番号 | |
| 年 月 日 岩手県知事 様 | 届 出 義 務 者 | 住 所 | フリガナ 氏 名 | 届出事項 該当する事項の番号に○印を付し てください。 1 介護保険法第69条の5第1号 2 介護保険法第69条の5第2号 3 介護保険法第69条の5第3号 |
| | | (郵便番号 -) | | |
| | | 電話番号 | 介護支援専門員との続柄 | |
| | | | | |

- 備考1 届出事由を証する書面を添付してください。
 2 介護支援専門員証は、交付を受けた都道府県知事に返納してください。

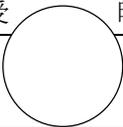
| | | | | |
|---|----------------|-----------|-------|------|
| 受  印 | 介護支援専門員登録消除申請書 | | 登録番号 | |
| 年 月 日 岩手県知事 様 | 申 請 者 | 住 所 | フリガナ | 申請事由 |
| | | | 氏 名 | |
| | | (郵便番号 -) | | |
| | | 電話番号 | 生年月日 | |
| | | | 年 月 日 | |

備考 介護支援専門員証を添付してください。

様式第15号（第14条関係）

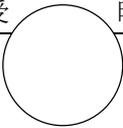
岩手県
収入証紙
はり付け

受 付 印

| | | | | |
|---|-----|---------------|-------------|--|
|  | | 介護支援専門員証交付申請書 | | 登録番号 |
| | | 住所 | フリガナ 氏 名 | 介護支援専門員実務研修を終えた後 5年を経過しているか否かの別 該当する番号に○印を付してくだ さい。 なお、1に該当する場合は、この 交付申請書に介護保険法第69条の7 第2項の研修を修了した旨の証明を 受け、又は当該研修を修了した旨の 証明書を添付してください。 1 5年を経過している。 2 5年を経過していない。 |
| （郵便番号） | | | | |
| 年 月 日 | 申請者 | 生年月日 | | |
| 岩手県知事 様 | | 年 月 日 | | |
| | | 電話番号 | | |
| 上記の者は、介護保険法第69条の7第2項の研修を修了したことを証明します。 年 月 日 証明者 印 | | | | |

- 備考1 申請者の写真（申請前6月以内に無帽、無背景で正面から上半身を撮影した縦3センチメートル、横2.4センチメートルのもので、裏面に氏名を記載したもの）を添付してください。
- 2 介護支援専門員実務研修を終えた後5年を経過している場合は、介護保険法第69条の7第2項の研修を修了した旨の証明を受け、又は当該研修を修了した旨の証明書を添付してください。
- 3 登録の移転に伴う介護支援専門員証の交付申請にあっては、現に有する介護支援専門員証を添付してください。

岩手県
収入証紙
はり付け

| | | | | | |
|--|-----------------|--------------------------------------|-------|------|--|
| 受 付 印  | | 介護支援専門員証書換え交付申請書 (介護支援専門員登録事項変更届) | | 登録番号 | |
| 年 月 日 岩手県知事 様 | 申請 (届出) 者 | 住 所 | フリガナ | 申請理由 | |
| | | (郵便番号 -) | 氏 名 | | |
| | | 電話番号 | 生年月日 | | |
| | | | 年 月 日 | | |

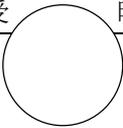
備考 次の書類等を添付してください。

- (1) 申請者の写真（申請前6月以内に無帽、無背景で正面から上半身を撮影した縦3センチメートル、横2.4センチメートルのもので、裏面に氏名を記載したもの）
- (2) 介護支援専門員証
- (3) 戸籍謄本又は戸籍抄本（登録事項の変更のうち、氏名の変更の場合に限る。）

様式第17号（第16条関係）

岩手県
収入証紙
はり付け

受 付 印

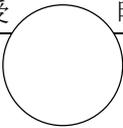
| | | | | | |
|---|-----|----------------|------------|------|--|
|  | | 介護支援専門員証再交付申請書 | | 登録番号 | |
| | | 住所 | フリガナ 氏名 | 申請理由 | |
| 年 月 日 | 申請者 | (郵便番号 -) | | | |
| 岩手県知事 様 | | | | | |
| | | 電話番号 | 生年月日 | | |
| | | | 年 月 日 | | |

備考 申請者の写真（申請前6月以内に無帽、無背景で正面から上半身を撮影した縦3センチメートル、横2.4センチメートルのもので、裏面に氏名を記載したもの）及び汚損し、又は破損した介護支援専門員証を添付してください。

(A4)

様式第18号（第17条関係）

岩手県
収入証紙
はり付け

| | | | | | | |
|--|-------------|---|-------------|-------|--|--|
| 受 付 印  | | 介護支援専門員証有効期間更新申請書 | | 登録番号 | | |
| 年 月 日 岩手県知事 様 | 申 請 者 | 住 所 | フリガナ 氏 名 | 付 記 | | |
| | | (郵便番号 ー) | | | | |
| | | 電話番号 | | 生年月日 | | |
| | | | | 年 月 日 | | |
| | | 上記の者は、介護保険法第69条の8第2項（ただし書）の研修を修了したことを証明します。 年 月 日 証明者 印 | | | | |

備考1 申請者の写真（申請前6月以内に無帽、無背景で正面から上半身を撮影した縦3センチメートル、横2.4センチメートルのもので、裏面に氏名を記載したもの）及び介護支援専門員証を添付してください。

2 介護保険法第69条の8第2項（ただし書）の研修を修了した旨の証明を受け、又は当該研修を修了した旨の証明書を添付してください。
(A4)

様式第18号の次に次の36様式を加える。
様式第19号（第18条関係）

年 月 日

岩手県知事 様

主たる事務所の所在地

名称

代表者の氏名

㊟

介護支援専門員実務研修受講試験実施機関指定申請書

介護支援専門員実務研修受講試験実施機関の指定を受けたいので、介護保険法施行令第35条の3第1項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

- 1 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及び住所
- 2 介護支援専門員実務研修受講試験の名称
- 3 介護支援専門員実務研修受講試験を行う施設の所在地
- 4 申請に係る事業の開始予定年月日
- 5 手数料その他介護支援専門員実務研修受講試験の受験者から受領する金額
- 6 その他指定に関し知事が必要と認める事項

備考 次の事項を記載した書類を添付してください。

- (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- (2) 申請の日の属する事業年度及び翌事業年度における事業計画
- (3) 申請に係る資産の状況

(A 4)

様式第20号（第19条関係）

年 月 日

岩手県知事 様

主たる事務所の所在地

名称

介護支援専門員実務研修実施機関指定申請書

介護支援専門員実務研修実施機関の指定を受けたいので、介護保険法施行令第35条の4第1項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

- 1 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及び住所
- 2 介護支援専門員実務研修及び更新研修（以下「研修」という。）の名称
- 3 研修を行う施設の所在地
- 4 申請に係る事業の開始予定年月日
- 5 受講料その他研修の受験者から受領する金額
- 6 その他指定に関し知事が必要と認める事項

備考 次の事項を記載した書類を添付してください。

- (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- (2) 申請の日の属する事業年度及び翌事業年度における事業計画
- (3) 申請に係る資産の状況
- (4) 研修の課程並びに講師の氏名、履歴及び担当科目

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

年 月 日

振興局長 様
(岩手県 保健所長)

主たる事務所の所在地
名称

代表者の氏名

印

(個人にあつては、住所及び氏名)

指定居宅サービス (指定介護予防サービス) 事業者指定申請書

指定居宅サービス (指定介護予防サービス) 事業者の指定を受けたいので、介護保険法(以下「法」という。)第 70 条第 1 項 (第 115 条の 2 第 1 項) の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

| | |
|---------|--|
| 所在市町村番号 | |
|---------|--|

| | | | | | | |
|-------------------|----------------------|---------------------------------------|-------------------|------------------------------------|----------|-------|
| 申請者 | フリガナ 名称又は氏名 | ----- | | | | |
| | 主たる事務所の所在地又は住所 | (郵便番号 -) | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | F A X 番号 | | |
| | 法人の種類別 | | | 法人所轄庁 | | |
| | 代表者の職、氏名 及び生年月日 | 職名 | | フリガナ 氏 名 | 生年 月日 | |
| | 代表者の住所 | (郵便番号 -) | | | | |
| 指定を受けようとする事業所等の種類 | 事業所等の所在地 | (郵便番号 -) | | | | |
| | 同一所在地において行う事業又は施設の種類 | 実施事業 | 指定を申請する事業の開始予定年月日 | 既に指定を受けている事業及び許可を受けている施設の指定又は開設年月日 | 添付する別紙 | |
| | 指定居宅サービス事業 | 訪問介護 | | | | 別紙 1 |
| | | 訪問入浴介護 | | | | 別紙 2 |
| | | 訪問看護 | | | | 別紙 3 |
| | | 訪問リハビリテーション | | | | 別紙 4 |
| | | 居宅療養管理指導 | | | | 別紙 5 |
| | | 通所介護 | | | | 別紙 6 |
| | | 通所リハビリテーション | | | | 別紙 7 |
| | | 短期入所生活介護 | | | | 別紙 8 |
| | | 短期入所療養介護 | | | | 別紙 9 |
| | | 特定施設入居者生活介護 | | | | 別紙 10 |
| | | 福祉用具貸与 | | | | 別紙 11 |
| | | 特定福祉用具販売 | | | | 別紙 12 |
| | 施設 | 指定居宅介護支援事業 | | | | |
| | | 指定介護老人福祉施設 | | | | |
| | | 介護老人保健施設 | | | | |
| | | 指定介護療養型医療施設 | | | | |
| | | 療養病床を有する病院又は診療所 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院 | | | | |
| | 指定介護予防サービス事業 | 介護予防訪問介護 | | | | 別紙 1 |
| 介護予防訪問入浴介護 | | | | | 別紙 2 | |
| 介護予防訪問看護 | | | | | 別紙 3 | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | | | | | 別紙 4 | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | | | | | 別紙 5 | |
| 介護予防通所介護 | | | | | 別紙 6 | |
| 介護予防通所リハビリテーション | | | | | 別紙 7 | |
| 介護予防短期入所生活介護 | | | | | 別紙 8 | |
| 介護予防短期入所療養介護 | | | | | 別紙 9 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|-----------------------|
| | 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 別紙 10 | |
| | 介護予防福祉用具貸与 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 別紙 11 |
| | 特定介護予防福祉用具販売 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 別紙 12 |
| 介護保険事業者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (既に指定又は許可を受けている場合) |
| 医療機関等コード | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (保険医療機関として指定を受けている場合) |

- 備考1 「受付番号」の欄及び「所在市町村番号」の欄は、記載しないでください。
- 2 「法人の種類」の欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、社団法人、株式会社、有限会社等の別を記載してください。
- 3 「法人所轄庁」の欄は、申請者が主務官庁等の認可又は許可を受けた法人である場合にその主務官庁等の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」の欄は、指定を受けようとする事業の種類及び既に指定又は許可を受けている事業又は施設の種類の他に○印（法第72条第1項の規定に基づき指定があったものとみなされる事業にあっては、「みなし」）を記載してください。
- 5 「介護保険事業者番号」の欄は、申請者が既に介護保険事業者番号を付与されている場合に、当該介護保険事業者番号を記載してください。
- 6 「医療機関等コード」の欄は、申請者が既に保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションのコードを付与されている場合に、当該コード（複数のコードが付与されている場合は、すべてのコード）を記載してください。
- 7 申請する事業の種類に及び、添付する別紙の欄に掲げる別紙を添付してください。
- 8 申請する事業の種類が、訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、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、介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、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及び特定介護予防福祉用具販売の場合にあっては所轄の振興局長に、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防通所リハビリテーション及び介護予防短期入所療養介護の場合にあっては所轄の保健所長に申請してください。

(指定訪問介護 (指定介護予防訪問介護) 事業者の指定の申請の場合)

受付番号

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|---------------|----|-------------------|-----------|---|-----------|-------|---|---------------|-----------|---|--|
| 事業所 | フリガナ 名 称 | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | | FAX番号 | | | | | |
| 申請に係る事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項 | | | | | | | 第 条第 項第 号 | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ 氏 名 | 住所 | | | (郵便番号 -) | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | | |
| | 申請に係る訪問介護 (介護予防訪問介護) 事業所で兼務する場合には、その職種 | | | | | | | | | | | | |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所 又は施設等 | | 名称 | | 兼務する職種及び勤 務時間等 | | | | | | | | | |
| サービス提供 責任者 | フリガナ 氏 名 | 生年月日 | 住所 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | |
| | フリガナ 氏 名 | 生年月日 | 住所 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | |
| | フリガナ 氏 名 | 生年月日 | 住所 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | |
| | フリガナ 氏 名 | 生年月日 | 住所 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | |
| | フリガナ 氏 名 | 生年月日 | 住所 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | 訪問介護員等 | | | | | | | | | |
| | | | | 専従 | | | | 兼務 | | | | | |
| 常勤 (人) | | | | | | | | | | | | | |
| 非常勤 (人) | | | | | | | | | | | | | |
| 常勤換算後の人数 (人) | | | | | | | | | | | | | |
| 基準上の必要人数 (人) | | | | | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | | | | | |
| 主な揭示 事項 | 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他の年間の 休日 | | | |
| | 営業時間 | 平日 | | | ~ | | | 土曜 | | ~ | 日曜・ 祝日 | ~ | |
| | 利用料 (円) | 法定代理受領サービス分 | | | | | | | | | | | |
| | | 法定代理受領サービス分以外 | | | | | | | | | | | |
| | その他の費用 (円) | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | ① | | | ② | | | ③ | | | ④ | | ⑤ | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | |

- 備考1 「受付番号」の欄、「基準上の必要人数」の欄及び「適合の可否」の欄は、記載しないでください。
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。
- 3 「主な揭示事項」については、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 「営業日」の欄は、営業する曜日等の欄に○印を付けてください。
- 5 申請に係る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業所を有するときは、その事業所の名称及び所在地について、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。
- 6 次の事項を記載した書類を添付してください。
- (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等

- (2) 申請に係る事業の従業者の勤務体制及び勤務形態
 - (3) 事業所の管理者の経歴
 - (4) サービス提供責任者の経歴
 - (5) 事業所の平面図
 - (6) 運営規程
 - (7) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (8) 申請に係る資産の状況
 - (9) 法第 70 条第 2 項第 1 号から第 3 号まで、第 5 号から第 7 号まで、第 9 号又は第 10 号（病院等により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る指定の申請にあつては第 2 号から第 11 号まで）（介護保険法第 70 条の 2 第 4 項において準用する場合を含む。）に該当しないことを誓約する書面
 - (10) 役員の氏名、生年月日及び住所
- 7 指定介護予防訪問介護事業者の指定の申請を行おうとする者であつて、既に法第 70 条第 1 項の規定に基づき訪問介護に係る指定居宅サービス事業者の指定を受けている場合にあっては、既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
- (1) 管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日及び住所
 - (2) 上記 6 (1) から (8) までに掲げる事項
- 8 介護保険法施行細則第 21 条の規定に基づく更新の申請を行おうとする場合は、この様式中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。
- 9 介護保険法施行細則第 21 条の規定に基づく更新の申請を行おうとする事業者が既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
- (1) 管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日及び住所
 - (2) 上記 6 (1) から (8) までに掲げる事項

(A 4)

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|---------------|---------------|------|-----------|----|----|-------|---|-----------|--|---|--|--|
| 事業所 | フリガナ 名 称 | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | | FAX番号 | | | | | | |
| 申請に係る事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項 | | 第 条第 項第 号 | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ 氏 名 | | | 住所 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | |
| | 申請に係る訪問入浴介護(介護予防訪問入浴介護)事業所で兼務する 場合にあつては、その職種 | | | | | | | | | | | | | |
| | 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設等 | | | 名称 | | | | | | | | | | |
| | | | 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種及び員数 | | | | 看護職員 | | | | 介護職員 | | | | | | |
| | | | | 専従 | | 兼務 | | 専従 | | 兼務 | | | | |
| 常勤(人) | | | | | | | | | | | | | | |
| 非常勤(人) | | | | | | | | | | | | | | |
| 基準上の必要人数(人) | | | | | | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | | | | | | |
| 主な 掲 示 事 項 | 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他の年間の休日 | | | | |
| | 営業時間 | 平日 | | ~ | | | 土曜 | | ~ | 日曜・祝日 | | ~ | | |
| | | 備考 | | | | | | | | | | | | |
| | 利用料(円) | 法定代理受領サービス分 | | | | | | | | | | | | |
| | | 法定代理受領サービス分以外 | | | | | | | | | | | | |
| | その他の費用(円) | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | ① | ② | | ③ | | | ④ | | ⑤ | | | | | |
| | 備考 | | | | | | | | | | | | | |
| 協力医療機関 | 名 称 | | | | | | | 診療科名 | | | | | | |
| | 名 称 | | | | | | | 診療科名 | | | | | | |
| | 名 称 | | | | | | | 診療科名 | | | | | | |

- 備考1 「受付番号」の欄、「基準上の必要人数」の欄及び「適合の可否」の欄は、記載しないでください。
- 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。
 - 「主な揭示事項」については、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。
 - 「営業日」の欄は、営業する曜日等の欄に○印を付けてください。
 - 次の事項を記載した書類を添付してください。
 - 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - 申請に係る事業の従業者の勤務体制及び勤務形態
 - 事業所の管理者の経歴
 - 事業所の平面図並びに設備及び備品の概要
 - 運営規程
 - 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - 申請に係る資産の状況
 - 協力医療機関との契約の内容
 - 法第70条第2項第1号から第3号まで、第5号から第7号まで、第9号又は第10号(病院等により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る指定の申請にあつては第2号から第11号まで)(法第70条の2第4項において準用する場合を含む。)に該当しないことを誓約する書面

(10) 役員の氏名、生年月日及び住所

6 指定介護予防訪問入浴介護事業者の指定の申請を行おうとする者であって、既に法70条第1項の規定に基づき訪問入浴介護に係る指定居宅サービス事業者の指定を受けている場合にあっては、既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。

(1) 管理者の氏名、生年月日及び住所

(2) 協力医療機関の名称及び診療科名

(3) 上記5(1)から(8)までに掲げる事項

7 介護保険法施行細則第21条の規定に基づく更新の申請を行おうとする場合は、この様式中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。

8 介護保険法施行細則第21条の規定に基づく更新の申請を行うとする事業者が既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。

(1) 管理者の氏名、生年月日及び住所

(2) 協力医療機関の名称及び診療科名

(3) 上記5(1)から(8)までに掲げる事項

(A4)

(指定訪問看護(指定介護予防訪問看護)事業者の指定の申請の場合)

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|---------------|----|-------------|-----------|-----------|----|------|----|---------------------------|-----------|--|---|--|
| 事業所 | フリガナ 名称 | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | FAX番号 | | | | | | | | |
| 申請に係る事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項 | | | | | 第 条第 項第 号 | | | | | | | | | |
| 病院、診療所、訪問看護ステーションの別 | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ 氏名 | | | | 住所 | (郵便番号 -) | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | |
| | ※職種 | | | | ※免許証の登録番号 | | | | | | | | | |
| | ※申請に係る訪問看護(介護予防訪問看護)事業所内で兼務する場合には、その職種 | | | | | | | | | | | | | |
| | ※兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設等 | | 名称 | | | | | | | | | | | |
| | | 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種及び員数 | | | | 保健師 | | 看護師 | | 准看護師 | | 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 | 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 兼用する事業所の事業名(事業所を兼用する場合のみを記載してください。) | | | | | | | | | | | | | | |
| 主な 揭示 事項 | 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他の年間の の休日 | | | | |
| | 営業時間 | 平日 | | | | ～ | | 土曜 | | ～ | 日曜・祝 日 | | ～ | |
| | 利用料(円) | 法定代理受領サービス分 | | | | | | | | | | | | |
| | | 法定代理受領サービス分以外 | | | | | | | | | | | | |
| | その他の費用(円) | | | | | | | | | | | | | |
| | 通常の事業実施地 域 | ① | ② | | | ③ | | ④ | | ⑤ | | | | |
| | 備考 | | | | | | | | | | | | | |

- 備考1 「受付番号」の欄、「基準上の必要人数」の欄及び「適合の可否」の欄は、記載しないでください。
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。
- 3 「主な揭示事項」については、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 「営業日」の欄は、営業する曜日等の欄に○印を付けてください。
- 5 ※印欄は、訪問看護ステーションの場合のみ記載してください。
- 6 申請に係る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業所を有するときは、その事業所の名称及び所在地について、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。
- 7 次の事項を記載した書類を添付してください。
- (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等(申請者が法人の場合に限る。)
- (2) 病院又は診療所の使用許可書は届書の写し

- (3) 申請に係る事業の従業者の勤務体制及び勤務形態
 - (4) 管理者の免許証の写し
 - (5) 事業所の平面図
 - (6) 運営規程
 - (7) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (8) 申請に係る資産の状況
 - (9) 法第70条第2項第1号から第3号まで、第5号から第7号まで、第9号又は第10号（病院等により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る指定の申請にあつては第2号から第11号まで）（法第70条の2第4項において準用する場合を含む。）に該当しないことを誓約する書面
 - (10) 役員の氏名、生年月日及び住所
- 8 指定介護予防訪問看護事業者の指定の申請を行おうとする者であつて、既に法第70条第1項の規定に基づき訪問看護に関する指定居宅サービス事業者の指定を受けている者にあつては、既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
- (1) 病院、診療所、訪問看護ステーションの別
 - (2) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (3) 上記7（1）から（8）までに掲げる事項
- 9 介護保険法施行細則第21条の規定に基づく更新の申請を行おうとする場合は、この様式中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。
- 10 介護保険法施行細則第21条の規定に基づく更新の申請を行おうとする事業者が既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
- (1) 病院、診療所、訪問看護ステーションの別
 - (2) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (3) 上記7（1）から（8）までに掲げる事項

(指定訪問リハビリテーション (指定介護予防訪問リハビリテーション) 事業者の指定の申請の場合)

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|------------|-------------------|---|---|----|----|-----------|----|----|-----------|---|-------|---|--|--|
| 受付番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ 名称 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | FAX番号 | | | | | | | | |
| 申請に係る事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項 | | | | | | 第 | 条第 | 項第 | 号 | | | | | | |
| 病院、診療所、介護老人保健施設の別 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ 氏名 | | | | | 住所 | (郵便番号 -) | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種及び員数 | | 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 | | | | | | / | | | | | | | |
| | | 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 | その他の年間の休日 | | | | | |
| | 営業時間 | 平日 | | | | ～ | | | 土曜 | | ～ | 日曜・祝日 | | | |
| | | 備考 | | | | | | | | | | | | | |
| | 利用料 (円) | 法定代理受領サービス分 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 法定代理受領サービス分以外 | | | | | | | | | | | | | |
| | その他の費用 (円) | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | ① | | | ② | | | ③ | | | ④ | | | ⑤ | | |
| | 備考 | | | | | | | | | | | | | | |

備考1 「受付番号」の欄は、記載しないでください。

2 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。

3 「主な掲示事項」については、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 「営業日」の欄は、営業する曜日等の欄に○印を付けてください。

5 次の事項を記載した書類を添付してください。

(1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等 (申請者が法人の場合に限る。)

(2) 病院又は診療所の使用許可書又は届書の写し

(3) 事業所の平面図

(4) 運営規程

(5) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

(6) 法第70条第2項第1号から第3号まで、第5号から第7号まで、第9号又は第10号 (病院等により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る指定の申請にあつては第2号から第11号まで) (法第70条の2第4項において準用する場合を含む。) に該当しないことを誓約する書面

(7) 役員の氏名、生年月日及び住所

6 指定介護予防訪問リハビリテーション事業者の指定の申請を行おうとする者であつて、既に法第70条第1項の規定に基づき訪問リハビリテーションに係る指定居宅サービス事業者の指定を受けている場合にあつては、既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。

(1) 病院、診療所又は介護老人保健施設の別

(2) 管理者の氏名、生年月日及び住所

(3) 上記5 (1) から (5) までに掲げる事項

7 介護保険法施行細則第21条の規定に基づく更新の申請を行おうとする場合は、この様式中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。

8 介護保険法施行細則第21条の規定に基づく更新の申請を行おうとする事業者が既に提出している次の事項に

変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。

- (1) 病院、診療所又は介護老人保健施設の別
- (2) 管理者の氏名、生年月日及び住所
- (3) 上記5 (1) から (5) までに掲げる事項

(A 4)

(指定居宅療養管理指導 (指定介護予防居宅療養管理指導) 事業者の指定の申請の場合)

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---------------|----------------------------|---|------|------------------------------|-----------|-------|-----------------------------|---|-----------|-----------------------|---|--|
| 受付番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ 名称 | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | FAX番号 | | | | | | |
| 申請に係る事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項 | | | | | | 第 条第 項第 号 | | | | | | | |
| 病院、診療所、薬局の別 | | | | | | | | | | | | | |
| 提供する居宅療養管理指導 (介護予防居宅療養管理指導) の種類 | | 医師の居宅療養管理指導 (介護予防居宅療養管理指導) | | | 歯科医師の居宅療養管理指導 (介護予防居宅療養管理指導) | | | 薬剤師の居宅療養管理指導 (介護予防居宅療養管理指導) | | | 歯科衛生士等 (介護予防居宅療養管理指導) | | |
| 管理者 | フリガナ 氏名 | | | | | 住所 | | (郵便番号 -) | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種及び員数 | | 医師 | | 歯科医師 | | 薬剤師 | | 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 | その他の年間の休日 | | | |
| | 営業時間 | 平日 | | | ～ | | | 土曜 | ～ | | 日曜・祝日 | ～ | |
| | | 備考 | | | | | | | | | | | |
| | 利用料 (円) | 法定代理受領サービス分 | | | | | | | | | | | |
| | 法定代理受領サービス分以外 | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 (円) | | | | | | | | | | | | | |

備考 1 「受付番号」の欄は、記載しないでください。

2 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。

3 「提供する居宅療養管理指導 (介護予防居宅療養管理指導) の種類」の欄は、該当するものに○印を付けてください。

4 「歯科衛生士等」には、保健師、看護師、准看護師を含みます。

5 「主な揭示事項」については、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。

6 「営業日」の欄は、営業する曜日等の欄に○印を付けてください。

7 次の事項を記載した書類を添付してください。

(1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等 (申請者が法人の場合に限る。)

(2) 病院若しくは診療所の使用許可書若しくは届書又は薬局の開設許可証の写し

(3) 事業所の平面図

(4) 運営規程

(5) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

(6) 法第 70 条第 2 項第 1 号から第 3 号まで、第 5 号から第 7 号まで、第 9 号又は第 10 号 (病院等により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る指定の申請にあっては第 2 号から第 11 号まで) (法第 70 条の 2 第 4 項において準用する場合を含む。) に該当しないことを誓約する書面

(7) 役員の氏名、生年月日及び住所

8 指定介護予防訪問介護事業者の指定の申請を行おうとする者であって、既に法第 70 条第 1 項の規定に基づき居宅療養管理指導に係る指定居宅サービス事業者の指定を受けている場合にあっては、既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。

(1) 病院、診療所又は薬局の別

- (2) 提供する居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）の種類
 - (3) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (4) 上記7（1）から（5）までに掲げる事項
- 9 介護保険法施行細則第21条の規定に基づく更新の申請を行おうとする場合は、この様式中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。
- 10 介護保険法施行細則第21条の規定に基づく更新の申請を行おうとする事業者が既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
- (1) 病院、診療所又は薬局の別
 - (2) 提供する居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）の種類
 - (3) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (4) 上記7（1）から（5）までに掲げる事項

(A4)

(指定通所介護(指定療養通所介護)(指定介護予防通所介護)事業者の指定の場合)

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|--|---------------|----------|-----------|-----------|-------|---------|----|------|---------------|--|--|
| | | | | | | | | | | 受付番号 | | | |
| 事業所 | フリガナ 名 称 | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | (郵便番号 -) | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | FAX番号 | | | | | | |
| 申請に係る事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項 | | | | | | 第 条第 項第 号 | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ 氏名 | | 住所 | | (郵便番号 -) | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | | |
| | 申請に係る通所介護(介護予防通所介護)事業所で兼務する場合 にあつては、その職種 | | | | | | | | | | | | |
| | 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 | | 名称 | | | | | | | | | | |
| | | 兼務する職種 及び勤務時間等 | | | | | | | | | | | |
| 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出来る利用者の数の上限 | | | | | | | | 人 | | | |
| 単位別従業者の職種及び員数 | | 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 | | | | |
| | | 常勤(人) | | | | | | | | | | | |
| | | 非常勤(人) | | | | | | | | | | | |
| | | 基準上の必要人数(人) | | | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | | | | | |
| ※緊急時対応医療機関 | | 名 称 | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | | | |
| ※安全・サービス提供管理委員会 | | (有 ・ 無) | | | | | | | | | | | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | 基準上の必要数値 | | | | 適合の可否 | | | | | |
| | | | | ㎡ | | | | ㎡以上 | | | | | |
| 主な 掲 示 事 項 | 利用定員 | | 人 | | | | | | | | | | |
| | 営業日 | | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他の 年間の休日 | | |
| | 営業時間 | | 平日 | | ～ | | 土曜 | | ～ | | 日曜・祝日 | | |
| | | | 備考 | | | | | | | | | | |
| | 利用料(円) | | 法定代理受領サービス分 | | | | | | | | | | |
| | | | 法定代理受領サービス分以外 | | | | | | | | | | |
| | その他の費用(円) | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | | ① | | ② | | ③ | | ④ | | ⑤ | | | |
| | | 備考 | | | | | | | | | | | |

備考1 「受付番号」の欄、「基準上の必要人数」の欄、「基準上の必要数値」の欄及び「適合の可否」の欄は、記載しないでください。

- 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。
- 「主な掲示事項」については、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。
- 「営業日」の欄は、営業する曜日等の欄に○印を付けてください。

- 5 指定療養通所介護を行う場合には、※印欄に記載してください。
- 6 次の事項を記載した書類を添付してください。
 - (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - (2) 申請に係る事業の従事者の勤務体制及び勤務形態
 - (3) 事業所の管理者の経歴
 - (4) 事業所の平面図（各室の用途を明示するものとする。）及び設備の概要
 - (5) 運営規程
 - (6) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (7) 申請に係る資産の状況
 - (8) 法第70条第2項第1号から第3号まで、第5号から第7号まで、第9号又は第10号（病院等により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る指定の申請にあつては第2号から第11号まで）（法第70条の2第4項において準用する場合を含む。）に該当しないことを誓約する書面
 - (9) 役員の氏名、生年月日及び住所
- 7 指定介護予防通所介護事業者の指定の申請を行おうとする者であつて、既に法第70条第1項の規定に基づき通所介護に係る指定居宅サービス事業者の指定を受けている場合にあっては、既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
 - (1) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (2) 上記6(1)から(7)までに掲げる事項
- 8 介護保険法施行細則第21条の規定に基づく更新の申請を行おうとする場合は、この様式中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。
- 9 介護保険法施行細則第21条の規定に基づく更新の申請を行おうとする事業者が既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
 - (1) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (2) 上記6(1)から(7)までに掲げる事項

(第二面)

(指定通所介護<指定療養介護> (指定介護予防通所介護) 事業者の指定の申請の場合 (2単位目以降))

受付番号

| 事業所 | フリガナ 名称 | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|-------------|---------------|----|----|-------|----|------|----|------|---------------|---------------|-------|---|---|
| | 単 位 | 単位別従業者の職種及び員数 | | | 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 | | | | |
| 常勤(人) | | | | | | | | | | | | | | |
| 非常勤(人) | | | | | | | | | | | | | | |
| 基準上の必要人数(人) | | | | | | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用定員 | | 人 | | | | | | | | | | | | |
| 営業日 | | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他の 年間の休日 | | | | |
| 営業時間 | | 平日 | | | ~ | | | 土曜 | | ~ | 日曜・祝日 | | ~ | |
| 備考 | | ⋮ | | | | | | | | | | | | |
| 単 位 | | 単位別従業者の職種及び員数 | | | 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 | | |
| | | 常勤(人) | | | | | | | | | | | | |
| | | 非常勤(人) | | | | | | | | | | | | |
| | 基準上の必要人数(人) | | | | | | | | | | | | | |
| | 適合の可否 | | | | | | | | | | | | | |
| | 利用定員 | | 人 | | | | | | | | | | | |
| | 営業日 | | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他の 年間の休日 | | | |
| | 営業時間 | | 平日 | | | ~ | | | 土曜 | | ~ | 日曜・祝日 | | ~ |
| | 備考 | | ⋮ | | | | | | | | | | | |

備考1 申請に係る事業所内で複数の事業単位を実施する場合に記載してください。

2 「受付番号」の欄、「基準上の必要人数」の欄及び「適合の可否」の欄は、記載しないでください。

3 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。

4 「営業日」の欄は、営業する曜日等の欄に○印を付けてください。

(A4)

(第三面)

(指定通所介護<指定療養通所介護> (指定介護予防通所介護) 事業者の指定の申請の場合 (事業所所在地以外の場所で事業の一部を実施))

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------|-----------|----|------|----|------|----|----------|----|---------------|--|--|-------|--|---|--|----------------|--|--|
| 事業所 | フリガナ 名 称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一部事業施設数 | 施設 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業の 実施 施設 | フリガナ 名 称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | | FAX 番号 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 従業者の職種及び員数 | | 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 | | | | | | | | | | |
| | | 常 勤 (人) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 非常勤 (人) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※緊急時対応医療機関 | | 名 称 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※安全・サービス提供管理委員会 | | (有 ・ 無) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | | | | | | | | m ² | | |
| 主な 掲 示 事 項 | 利 用 定 員 | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 営 業 日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他の 年間の休日 | | | | | | | | | |
| | 営 業 時 間 | 平 日 | | | ~ | | | 土 曜 | | ~ | | | 日曜・祝日 | | ~ | | | | |
| | | 備 考 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業の 実施 施設 | フリガナ 名 称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | | F A X 番号 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 従業者の職種及び員数 | | 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 | | | | | | | | | | |
| | | 常 勤 (人) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 非 常 勤 (人) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※緊急時対応医療機関 | | 名 称 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※安全・サービス提供管理委員会 | | (有 ・ 無) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | | | | | | | | m ² | | |
| 主 な 掲 示 事 項 | 利用定員 | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他の 年間の休日 | | | | | | | | | |
| | 営業時間 | 平 日 | | | ~ | | | 土 曜 | | ~ | | | 日曜・祝日 | | ~ | | | | |
| | | 備 考 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- 備考1 申請に係る事業所の所在地以外の場所で事業の一部を実施する施設を有する場合に記載してください。
- 2 「受付番号」の欄は、記載しないでください。
 - 3 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。
 - 4 「営業日」の欄は、営業する曜日等の欄に○印を付けてください。
 - 5 指定療養通所介護を行う場合には、※印欄に記載してください。

(A4)

(第一面)

別紙7ア (指定通所リハビリテーション (指定介護予防通所リハビリテーション) 事業者の指定の申請の場合 (病院及び診療所用))

受付番号

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|----------------------|-----------------|---|---|------------|-------------------|-----------|------------------|-------------------|----------|-------|---|
| 事業所 | フリガナ 名称 | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | FAX番号 | | | | | |
| 申請に係る事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項 | | | | | | 第 条第 項第 号 | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ 氏名 | | | | | 住所 | (郵便番号 -) | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | |
| | 管理者代行者が選任 されている場合 | 医師 | | | 作業 療法士 | | | 代行者名 | フリガナ 氏名 | | | |
| | | 理学 療法士 | | | 専従の 看護師 | | | | | | | |
| 事業所の種別 | 病院 | | | | | 診療所 (1) | | | 診療所 (2) | | | |
| 実施単位数 | 単位 | | | | | | | | | | | |
| 医師数 | 専従 | 人 | | | | 一日当たりの 総利用者推定数 | | | | | | 人 |
| | 兼務 | 人 | | | | | | | | | | |
| 単位別従業者の職種及び員数 | | | | | | 員数 | | 基準上の必要 人数 (人) | 適合の 可否 | | | |
| | | | | | | 常勤 (人) | 非常勤 (人) | | | | | |
| 理学療法士、 作業療法士、 言語聴覚士等 | | ①当該単位につき毎日従事する者 | | | | | | | | | | |
| | | ②経験看護師 | | | | | | | | | | |
| 看護職員 | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員 | | | | | | | | | | | | |
| 専用の部屋等の面積 | | | | | | 基準上の必要数値 | | | 適合の可否 | | | |
| | | | | | | m ² | | | m ² 以上 | | | |
| 主な 揭示 事項 | 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他年間の休日 | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | 営業時間 | 平日 | | | ～ | | | 土曜 | | | 日曜・祝日 | ～ |
| | | 備考 | | | | | | | | | | |
| | 利用定員 | 人 | | | | | | | | | | |
| | 利用料 (円) | 法定代理受領サービス分 | | | | | | | | | | |
| | 法定代理受領サービス分以外 | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 (円) | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の 実施地域 | ① | | | ② | | | ③ | | | ④ | | ⑤ |
| | 備考 | | | | | | | | | | | |

備考1 この表において「診療所 (1)」は、サービスの提供が同時に 20 人以下の利用者に対して一体的に行われるものをいい、「診療所 (2)」は、サービスの提供が同時に 10 人以下の利用者に対して一体的に行われるものをいう。

2 「受付番号」の欄、「基準上の必要人数」の欄、「基準上の必要数値」の欄及び「適合の可否」の欄は、記載しないでください。

3 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。

4 「事業所の種別」の欄は、該当するものに○印を付けてください。

5 「主な揭示事項」については、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。

- 6 「営業日」の欄は、営業する曜日等の欄に○印を付けてください。
- 7 次の事項を記載した書類を添付してください。
 - (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等（申請者が法人の場合に限る。）
 - (2) 病院又は診療所の使用許可書又は届書の写し
 - (3) 申請に係る事業の従業者の勤務体制及び勤務形態
 - (4) 事業所の平面図（各室の用途を明示するものとする。）及び設備の概要
 - (5) 運営規程
 - (6) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (7) 経験看護師の経歴
 - (8) 法第70条第2項第1号から第3号まで、第5号から第7号まで、第9号又は第10号（病院等により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る指定の申請にあつては第2号から第11号まで）（法第70条の2第4項において準用する場合を含む。）に該当しないことを誓約する書面
 - (9) 役員の氏名、生年月日及び住所
- 8 指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定の申請を行おうとする者であつて、既に法第70条第1項の規定に基づき通所リハビリテーションに係る指定居宅サービス事業者の指定を受けている場合にあつては、既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
 - (1) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (2) 事業所の種別
 - (3) 上記7（1）から（6）までに掲げる事項
- 9 介護保険法施行細則第21条の規定に基づく更新の申請を行おうとする場合は、この様式中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。
- 10 介護保険法施行細則第21条の規定に基づく更新の申請を行おうとする事業者が既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
 - (1) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (2) 事業所の種別
 - (3) 上記7（1）から（6）までに掲げる事項

(第二面)

(指定通所リハビリテーション(指定介護予防通所リハビリテーション)事業者の指定の申請の場合(病院及び診療所用))(2単位目以降)

受付番号

| 事業所 | | フリガナ称 | | | | | | | | | | | | | |
|------|----------------------------|-------|--------------------|----|-------|---|--------|----|-------------|-------|--|-------|--|---|--|
| 単 | 単位別従業者の職種及び員数 | | | | 員数 | | | | 基準上の必要人数(人) | 適合の可否 | | | | | |
| | | | | | 常勤(人) | | 非常勤(人) | | | | | | | | |
| | 理学療法士、 作業療法士、 言語聴覚士等 | ① | 当該単位につき 毎日従事する者 | | | | | | | | | | | | |
| | | ② | 経験看護師 | | | | | | | | | | | | |
| | 看護職員 | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 位 | 主な揭示 事項 | 営業時間 | | 平日 | | ~ | | 土曜 | | ~ | | 日曜・祝日 | | ~ | |
| | | 備考 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 利用定員 | | 人 | | | | | | | | | | | |
| 単 | 単位別従業者の職種及び員数 | | | | 員数 | | | | 基準上の必要人数(人) | 適合の可否 | | | | | |
| | | | | | 常勤(人) | | 非常勤(人) | | | | | | | | |
| | 理学療法士、 作業療法士、 言語聴覚士等 | ① | 当該単位につき 毎日従事する者 | | | | | | | | | | | | |
| | | ② | 経験看護師 | | | | | | | | | | | | |
| | 看護職員 | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 位 | 主な揭示 事項 | 営業時間 | | 平日 | | ~ | | 土曜 | | ~ | | 日曜・祝日 | | ~ | |
| | | 備考 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 利用定員 | | 人 | | | | | | | | | | | |
| 単 | 単位別従業者の職種及び員数 | | | | 員数 | | | | 基準上の必要人数(人) | 適合の可否 | | | | | |
| | | | | | 常勤(人) | | 非常勤(人) | | | | | | | | |
| | 理学療法士、 作業療法士、 言語聴覚士等 | ① | 当該単位につき 毎日従事する者 | | | | | | | | | | | | |
| | | ② | 経験看護師 | | | | | | | | | | | | |
| | 看護職員 | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 位 | 主な揭示 事項 | 営業時間 | | 平日 | | ~ | | 土曜 | | ~ | | 日曜・祝日 | | ~ | |
| | | 備考 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 利用定員 | | 人 | | | | | | | | | | | |

備考1 申請に係る事業所内で複数の事業単位を実施する場合に記載してください。

2 「受付番号」の欄、「基準上の必要人数」の欄及び「適合の可否」の欄は、記載しないでください。

3 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。

(第一面)

別紙7イ

(指定通所リハビリテーション(指定介護予防通所リハビリテーション)事業者の指定の申請の場合(介護老人保健施設用))

受付番号

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------|---------------|-------------|-------------------|------------|-------|----------------|-----------|-------------------|------|----|------|-------|--|---|--|
| 事業所 | フリガナ名称 | ----- | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | | FAX番号 | | | | | | | | |
| 申請に係る事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項 | | | | | | | 第 条 第 項 第 号 | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ氏名 | ----- | | | | | 住所 | (郵便番号 -) | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者代行者が選任されている場合 | 医師 | | | 理学療法士 | | | 代行者名 | フリガナ氏名 | ----- | | | | | | | |
| | 作業療法士 | | | 専従の看護師 | | | | | | | | | | | | |
| 施設開設年月日 | 昭和・平成 | | 年 | | 月 | | 日 | / | | | | | | | | |
| 実施単位数 | 単位 | | | | | | | | | | | | / | | | |
| 一日当たりの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)総利用者推定数 | | | | 人 | 老人保健施設入所者数 | | | | 人 | | | | | | | |
| 従業者の職種及び員数 | | | | | | | 単位別従業者の職種及び員数 | | | | | | | | | |
| | | 医師 | | 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 | | 支援相談員 | | | | 看護職員 | | 介護職員 | | | | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | | |
| 常勤 | (人) | | | | | | | 常勤 | (人) | | | | | | | |
| 非常勤 | (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 | | 適合の可否 | | | | | | | | | | | | | | |
| 専用の部屋等の面積(利用者用食堂を含む。) | | | | | | | 基準上の必要数 | | 適合の可否 | | | | | | | |
| | | | | | | | m ² | | m ² 以上 | | | | | | | |
| 主な営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他年間 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | の休日 | | | | | | |
| 掲 | 営業時間 | 平 | 日 | | | ~ | | | 土 | | | ~ | 日曜・祝日 | | ~ | |
| | 備考 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 示 | 利用定員 | 人 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 事項 | 利用料(円) | 法定代理受領サービス分 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 法定代理受領サービス分以外 | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|-----------|---|---|---|---|--|
| 通常の事業の 実施地域 | その他の費用(円) | | | | | |
| | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | |
| 備考 | | | | | | |

備考1 「受付番号」の欄、「基準上の必要人数」の欄、「基準上の必要数値」の欄及び「適合の可否」の欄は、記載しないでください。

2 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。

3 「主な掲示事項」については、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 「営業日」の欄は、営業する曜日等の欄に○印を付けてください。

5 次の事項を記載した書類を添付してください。

(1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等

(2) 申請に係る事業の従業者の勤務体制及び勤務形態

(3) 事業所の平面図(各室の用途を明示するものとする。)及び設備の概要

(4) 運営規程

(5) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

(6) 法第70条第2項第1号から第3号まで、第5号から第7号まで、第9号又は第10号(病院等により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る指定の申請にあつては第2号から第11号まで)(法第70条の2第4項において準用する場合を含む。)に該当しないことを誓約する書面

(7) 役員の氏名、生年月日及び住所

6 指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定の申請を行おうとする者であつて、既に法第70条第1項の規定に基づき通所リハビリテーションに係る指定居宅サービス事業者の指定を受けている場合にあつては、既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。

(1) 管理者の氏名、生年月日及び住所

(2) 上記5(1)から(5)までに掲げる事項

7 介護保険法施行細則第21条の規定に基づく更新の申請を行おうとする場合は、この様式中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。

8 介護保険法施行細則第21条の規定に基づく更新の申請を行おうとする事業者が既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。

(1) 管理者の氏名、生年月日及び住所

(2) 上記5(1)から(5)までに掲げる事項

(第二面)

(指定通所リハビリテーション(指定介護予防通所リハビリテーション)事業者の指定の申請の場合(介護老人保健施設用))(2単位目以降)

受付番号

| 事業所 | フリガナ 名称 | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----------------|------|----|------|---|----|----|------|---|----|-------|---|---|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 単 | 単位別従業者の職種及び員数 | | | 看護職員 | | | | 介護職員 | | | | / | | |
| | | | | 専従 | | 兼務 | | 専従 | | 兼務 | | | | |
| | 常勤(人) | | | | | | | | | | | | | |
| | 非常勤(人) | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準上の必要人数(人) | | | | | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | | | | | | |
| 位 | 主な 揭示 事項 | 営業時間 | 平日 | | ~ | | 土曜 | | ~ | | 日曜・祝日 | | ~ | |
| | | | 備考 | | | | | | | | | | | |
| | | 利用定員 | 人 | | | | | | | | | | | |
| 単 | 単位別従業者の職種及び員数 | | | 看護職員 | | | | 介護職員 | | | | / | | |
| | | | | 専従 | | 兼務 | | 専従 | | 兼務 | | | | |
| | 常勤(人) | | | | | | | | | | | | | |
| | 非常勤(人) | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準上の必要人数(人) | | | | | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | | | | | | |
| 位 | 主な 揭示 事項 | 営業時間 | 平日 | | ~ | | 土曜 | | ~ | | 日曜・祝日 | | ~ | |
| | | | 備考 | | | | | | | | | | | |
| | | 利用定員 | 人 | | | | | | | | | | | |
| 単 | 単位別従業者の職種及び員数 | | | 看護職員 | | | | 介護職員 | | | | / | | |
| | | | | 専従 | | 兼務 | | 専従 | | 兼務 | | | | |
| | 常勤(人) | | | | | | | | | | | | | |
| | 非常勤(人) | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準上の必要人数(人) | | | | | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | | | | | | |
| 位 | 主な 揭示 事項 | 営業時間 | 平日 | | ~ | | 土曜 | | ~ | | 日曜・祝日 | | ~ | |
| | | | 備考 | | | | | | | | | | | |
| | | 利用定員 | 人 | | | | | | | | | | | |

- 備考1 申請に係る事業所内で複数の事業単位を実施する場合に記載してください。
2 「受付番号」の欄、「基準上の必要人数」の欄及び「適合の可否」の欄は、記載しないでください。
3 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。

別紙 8 ア (指定短期入所生活介護 (指定介護予防短期入所生活介護)
事業者の指定の申請の場合 (単独型事業所用))

受付番号

| | | | | | | | | | | |
|----------------|---|------|-------------------------|----|-----------|-------|------------------|----|------|----|
| 事業所 | フリガナ 名称 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | (郵便番号 -) | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | FAX番号 | | | | |
| | 申請に係る事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項 | | | | | 第 | 条第 | 項第 | 号 | |
| 管理者 | フリガナ 氏名 | | | 住所 | (郵便番号 -) | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | |
| | 申請に係る短期入所生活介護 (介護予防短期入所生活介護) 事業所で 兼務する場合にあっては、その職種 | | | | | | | | | |
| | 兼務する同一敷地内の他の事 業所又は施設等 | | 名称 兼務する職種 及び勤務時間等 | | | | | | | |
| 利用者の推定数 | | | 人 | | | | | | | |
| 従業者の職種及び員数 | | | 医師 | | 生活相談員 | | 看護職員 | | 介護職員 | |
| | | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤 (人) | | | | | | | | | | |
| 非常勤 (人) | | | | | | | | | | |
| 常勤換算後の人数 (人) | | | | | | | | | | |
| 基準上の必要人数 (人) | | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | | |
| | | | 栄養士 | | 機能訓練指導員 | | 栄養士を配置していない場合の措置 | | | |
| | | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | | | |
| 常勤 (人) | | | | | | | | | | |
| 非常勤 (人) | | | | | | | | | | |
| 基準上の必要人数 (人) | | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | | |
| 設備基準上の数値記載項目等 | | | | | 基準上の必要数値 | | 適合の可否 | | | |
| 居室 | 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 | | | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | ㎡ | | ㎡以上 | | | |
| 廊下 | 片廊下の幅 | | | | m | | m以上 | | | |
| | 中廊下の幅 | | | | m | | m以上 | | | |
| 建物 | 構造概要 | | | | | | | | | |
| | 耐火建築物、準耐火建築物の別 | | | | | | | | | |
| | 面積 | | | | ㎡ | | ㎡以上 | | | |
| 主な 揭示 事項 | 利用定員 | | | | 人 | | | | | |
| | 利用料 (円) | | 法定代理受領サービス分 | | | | | | | |
| | | | 法定代理受領サービス分以外 | | | | | | | |
| | その他の費用 (円) | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | 診療科名 | | | | | |
| | 名称 | | | | 診療科名 | | | | | |
| | 名称 | | | | 診療科名 | | | | | |
| | 名称 | | | | 診療科名 | | | | | |

備考 1 「受付番号」の欄は、「基準上の必要人数」の欄、「基準上の必要数値」の欄及び「適合の可否」の欄は、記載し
ないでください。

2 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。

- 3 「主な掲示事項」については、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 次の事項を記載した書類を添付してください。
 - (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - (2) 申請に係る事業の従業者の勤務体制及び勤務形態
 - (3) 事業所の管理者の経歴
 - (4) 建物の平面図（各室の用途を明示するものとする。）
 - (5) 事業所の居室の種類別面積
 - (6) 事業所の設備等の概要
 - (7) 運営規程
 - (8) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (9) 申請に係る資産の状況
 - (10) 協力医療機関との契約の内容
 - (11) 法第 70 条第 2 項第 1 号から第 3 号まで、第 5 号から第 7 号まで、第 9 号又は第 10 号（病院等により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る指定の申請にあつては第 2 号から第 11 号まで）（法第 70 条の 2 第 4 項において準用する場合を含む。）に該当しないことを誓約する書面
 - (12) 役員の氏名、生年月日及び住所
- 5 指定介護予防短期入所生活介護事業者の指定の申請を行おうとする者であつて、既に法第 70 条第 1 項の規定に基づき短期入所生活介護に係る指定居宅サービス事業者の指定を受けている場合にあつては、既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
 - (1) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (2) 建物の構造概要
 - (3) 協力医療機関の名称及び診療科名
 - (4) 上記 4（1）から（10）までに掲げる事項
- 6 介護保険法施行細則第 21 条の規定に基づく更新の申請を行おうとする場合は、この様式中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。
- 7 介護保険法施行細則第 21 条の規定に基づく更新の申請を行おうとする事業者が既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
 - (1) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (2) 建物の構造概要
 - (3) 協力医療機関の名称及び診療科名
 - (4) 上記 4（1）から（10）までに掲げる事項

(A 4)

別紙 8 イ (指定短期入所生活介護 (指定介護予防短期入所生活介護) 事業者の指定の申請の場合 (特別養護老人ホーム併設事業所型用・空床利用型用))

受付番号

| | | | | | | | | | |
|---|--|-----------|----|---------------------------------------|-------------------|---------|-------|--------------------------|----|
| 事業所 | フリガナ 名 称 | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | | | | |
| 申請に係る事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項 | | | | | 第 | 条第 | 項第 | 号 | |
| 管理者 | フリガナ 氏 名 | | | 住 所 | (郵便番号 -) | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | |
| | 申請に係る短期入所生活介護 (介護予防短期入所生活介護) 事業所で兼務する場合にあってはその職種 | | | | | | | | |
| | 兼務する同一敷地内の他の事業 所又は施設等 | | 名称 | | 兼務する職種 及び勤務時間等 | | | | |
| 空床利用又は併設事業所の 別 | | | | | | | | | |
| 入所者数 | 人 (推定数を記載してください。) | | | 短期入所生活介護 (介 護予防短期入所生活 介護) の利用者数 | 人 (推定数を記載してください。) | | | | |
| ※ 従業者の職種及び員数 | | 医師 | | 生活相談員 | | 看護職員 | | 介護職員 | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 特別養護老人ホームの 従事人数 | 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) 事業従 事人数 | 常 勤 (人) | | | | | | | | |
| | 非常勤 (人) | | | | | | | | |
| 常勤換算後の人数 (人) | | | | | | | | | |
| 基準上の必要人数 (人) | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | |
| | | 栄養士 | | 機能訓練指導員 | | 介護支援専門員 | | 栄養士を配置 していない場合 の措置 | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | |
| 特別養護老人ホームの 従事人数 | 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) 事業従事人数 | 常 勤 (人) | | | | | | | | |
| | 非常勤 (人) | | | | | | | | |
| 基準上の必要人数 (人) | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | |
| ※ 設備基準上の数値記載項目等 | | | | | 基準上の必要数値 | | 適合の可否 | | |
| 居室 | 1室当たりの最大定員 | | | 人 | 人以下 | | | | |
| | 利用者1人当たりの 最小床面積 | | | m ² | m ² 以上 | | | | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | 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 | | | | |
| 建物 | 構造概要 | | | | | | | | |
| | 面積 | | | m ² | m ² 以上 | | | | |

| | | | | | | |
|------------------------|-----------|---------------|------|-----------|---|--|
| 主な 掲 示 事 項 | 入所定員 | 人 | | 短期入所利用定員数 | 人 | |
| | 利用料（円） | 法定代理受領サービス分 | | | | |
| | | 法定代理受領サービス分以外 | | | | |
| | その他の費用（円） | | | | | |
| 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 | | 診療科名 | | | |
| | 名称 | | 診療科名 | | | |
| | 名称 | | 診療科名 | | | |
| | 名称 | | 診療科名 | | | |

備考1 「受付番号」の欄は、「基準上の必要人数」の欄、「基準上の必要数値」の欄及び「適合の可否」の欄は、記載しないでください。

- 2 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。
- 3 「主な掲示事項」については、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 介護老人福祉施設に指定された特別養護老人ホームの空床を利用して指定短期入所生活介護（指定介護予防短期入所生活介護）事業を行う場合にあっては、※印欄の記載及び6の書類の添付（利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類の添付を除く。）は、省略して差し支えありません。
- 5 施行法第7条の規定により介護老人福祉施設の指定があったものとみなされるものについての申請に当たっては、※印欄の記載及び6の書類の添付（利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類の添付を除く。）は、省略して差し支えありません。
- 6 次の事項を記載した書類を添付してください。
 - (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - (2) 特別養護老人ホームの認可書又は届書の写し
 - (3) 申請に係る事業の従業者の勤務体制及び勤務形態
 - (4) 事業所の管理者の経歴
 - (5) 建物の平面図（併設本体施設又はユニット型併設本体施設の平面図を含む。）
 - (6) 事業所の居室の種類別面積
 - (7) 事業所の設備等の概要
 - (8) 運営規程
 - (9) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (10) 申請に係る資産の状況
 - (11) 協力医療機関との契約の内容
 - (12) 法第70条第2項第1号から第3号まで、第5号から第7号まで、第9号又は第10号（病院等により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る指定の申請にあっては第2号から第11号まで）（法第70条の第4項において準用する場合を含む。）に該当しないことを誓約する書面
 - (13) 役員の氏名、生年月日及び住所
- 7 指定介護予防短期入所生活介護事業者の指定の申請を行おうとする者であって、既に法第70条第1項の規定に基づき短期入所生活介護に係る指定居宅サービス事業者の指定を受けている場合にあっては、既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
 - (1) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (2) 空床利用又は併設事業所の別
 - (3) 入所者推定数及び短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）の利用者推定数
 - (4) 建物の構造概要
 - (5) 協力医療機関の名称及び診療科名
 - (6) 上記6(1)から(11)までに掲げる事項
- 8 介護保険法施行細則第21条の規定に基づく更新の申請を行おうとする場合は、この様式中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。
- 9 介護保険法施行細則第21条の規定に基づく更新の申請を行おうとする事業者が既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
 - (1) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (2) 空床利用又は併設事業所の別

- (3) 入所者推定数及び短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）の利用者推定数
- (4) 建物の構造概要
- (5) 協力医療機関の名称及び診療科名
- (6) 上記6（1）から（11）までに掲げる事項

(A 4)

(指定短期入所生活介護(指定介護予防短期入所生活介護)事業者の指定の申請の場合(特別養護老人ホーム以外の施設の併設事業所用))

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|-----------|-----|-----------------------------|-----------|---------------|------------------|----------------|-----|
| 事業所 | フリガナ 名 称 | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | FAX番号 | | |
| 管理者 | フリガナ 氏 名 | | | 住所 | (郵便番号 -) | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | |
| | 申請に係る短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護)事業所で兼務する場合には、その職種 | | | | | | | | |
| | 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設等 | | 名称 | | | 兼務する職種及び勤務時間等 | | | |
| 本体施設の種別 | | | | | | | | | |
| 入所者数 | 人(推定数を記載してください。) | | | 短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護)の利用者数 | | | 人(推定数を記載してください。) | | |
| ※従業者の職種及び員数 | | 医 師 | | 生活相談員 | | 介護職員 | | 看護職員 | |
| | | 専 従 | 兼 務 | 専 従 | 兼 務 | 専 従 | 兼 務 | 専 従 | 兼 務 |
| 本体施設の従事人数 | 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)事業従事人数 | 常勤(人) | / | | | | | | | |
| | 非常勤(人) | | | | | | | | |
| 常勤換算後の人数(人) | | | | | | | | | |
| 基準上の必要人数(人) | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | |
| | | 栄 養 士 | | 機能訓練指導員 | | 介護支援専門員 | | 栄養士を配置しない場合の措置 | |
| | | 専 従 | 兼 務 | 専 従 | 兼 務 | 専 従 | 兼 務 | | |
| 本体施設の従事人数 | 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)事業従事人数 | 常勤(人) | / | | | | / | | | |
| | 非常勤(人) | | | | | | | | |
| 基準上の必要人数(人) | | | | | | | | | |
| 適合の可否(人) | | | | | | | | | |
| 設備基準上の数値記載項目等 | | | | 基準上の必要数値 | | | | 適合の可否 | |
| 居室 | 1室当たりの最大定員 | | | 人 | | 人以下 | | | |
| | 利用者1人当たり最小床面積 | | | ㎡ | | ㎡以上 | | | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | ㎡ | | ㎡以上 | | | |
| 廊下 | 片廊下の幅 | | | m | | m以上 | | | |
| | 中廊下の幅 | | | m | | m以上 | | | |

| | | | | | | |
|------------------------|------------|------|---------------|----------------|-------------------|---|
| | 建物 | 構造概要 | | | | |
| | | 面積 | | m ² | m ² 以上 | |
| 主な 掲 示 事 項 | 入所・入院定員 | | 人 | 短期入所利用定員数 | 人 | |
| | 利用料（円） | | 法定代理受領サービス分 | | | |
| | | | 法定代理受領サービス分以外 | | | |
| | その他の費用（円） | | | | | |
| | 通常の送迎の実施地域 | | ① | ② | ③ | ④ |
| 備考 | | | | | | |
| 協力医 療機 関 | 名称 | | 診療科名 | | | |
| | 名称 | | 診療科名 | | | |
| | 名称 | | 診療科名 | | | |
| | 名称 | | 診療科名 | | | |

備考1 「受付番号」の欄は、「基準上の必要人数」の欄、「基準上の必要数値」の欄及び「適合の可否」の欄は、記載しないでください。

- 2 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。
- 3 「主な掲示事項」については、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 次の事項を記載した書類を添付してください。
 - (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - (2) 病院又は診療所の使用許可証又は届書の写し
 - (3) 申請に係る事業の従業者の勤務体制及び勤務形態
 - (4) 事業所の管理者の経歴
 - (5) 建物の平面図（併設本体施設又はユニット型併設本体施設の平面図を含む。）
 - (6) 事業所の居室の種類別面積
 - (7) 事業所の設備等の概要
 - (8) 運営規程
 - (9) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (10) 申請に係る資産の状況
 - (11) 協力医療機関との契約の内容
 - (12) 法第70条第2項第1号から第3号まで、第5号から第7号まで、第9号又は第10号（病院等により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る指定の申請にあつては第2号から第11号まで）（法第70条の2第4項において準用する場合を含む。）に該当しないことを誓約する書面
 - (13) 役員の氏名、生年月日及び住所
- 5 指定介護予防短期入所生活介護事業者の指定の申請を行おうとする者であつて、既に法第70条第1項の規定に基づき短期入所生活介護に係る指定居宅サービス事業者の指定を受けている場合にあつては、既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
 - (1) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (2) 入所者推定数及び短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）の利用者推定数
 - (3) 建物の構造概要
 - (4) 協力医療機関の名称及び診療科名
 - (5) 上記4（1）から（11）までに掲げる事項
- 6 介護保険法施行細則第21条の規定に基づく更新の申請を行おうとする場合は、この様式中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。
- 7 介護保険法施行細則第21条の規定に基づく更新の申請を行おうとする事業者が既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
 - (1) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (2) 入所者推定数及び短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）の利用者推定数
 - (3) 建物の構造概要
 - (4) 協力医療機関の名称及び診療科名
 - (5) 上記4（1）から（11）までに掲げる事項

(指定短期入所療養介護(指定介護予防短期入所療養介護)事業者の指定の申請の場合)

受付番号

| | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|-----------------|---------------|----------------|-------------------|-------------------|-------|----|----------|----|---------------------|--|
| 事業所 | フリガナ 名称 | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | FAX番号 | | | | | | |
| 申請に係る事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項 | | | | | 第 条第 項第 号 | | | | | | | |
| 事業所種別 | ①介護老人保健施設 | | | | | | | | | | (該当する欄に○印を付けてください。) | |
| | ②指定介護療養型医療施設 | | | | | | | | | | | |
| | ③療養病床を有する病院又は診療所 | | | | | | | | | | | |
| | ④老人性認知症疾患療養病棟を有する病院 | | | | | | | | | | | |
| | ⑤基準適合診療所 | | | | | | | | | | | |
| 指定申請を行う病棟(病床)部分の入院患者又は利用者の定員 | | | | | | | | | | 人 | | |
| 指定申請を行う病棟(病床)部分の入院患者の数(上記④及び⑤に該当する場合に記載してください。) | | | | | | | | | | 人 | | |
| 管理者 | フリガナ 氏名 | | | | 住所 | (郵便番号 -) | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | |
| 指定申請を行う病棟(病床)部分の従業者の職種及び員数(④及び⑤の場合に記載してください。) | | 担当医師 | 看護職員 | | 介護職員 | | 作業療法士 | | 精神保健福祉士等 | | 一看護単位あたりの病床数 | |
| | | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | |
| 常勤(人) | | | | | | | | | | | | |
| 非常勤(人) | | | | | | | | | | | | |
| 常勤換算後の人数(人) | | | | | | | | | | | | |
| 基準上の必要人数(人) | | | | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | | | | |
| 指定申請を行う病棟(病室)部分の設備基準上の数値記載項目(④及び⑤の場合に記載してください。) | | | | | | 基準上の必要数値 | | | 適合の可否 | | | |
| ④ | 病室 | 1病室の最大病床数 | | | 床 | 床以下 | | | | | | |
| | | 入院患者1人当たりの最小床面積 | | | m ² | m ² 以上 | | | | | | |
| | 老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床面積 | | | m ² | m ² 以上 | | | | | | | |
| | 廊下 | 片廊下の幅 | | | m | m以上 | | | | | | |
| | | 中廊下の幅 | | | m | m以上 | | | | | | |
| | 生活機能回復訓練室の面積 | | | 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 | | | | | | | |
| | 建物 | 構造概要 | | | | | | | | | | |
| | | 面積 | | | m ² | m ² 以上 | | | | | | |
| | ⑤ | 入院患者1人当たりの床面積 | | | m ² | m ² 以上 | | | | | | |
| 廊下 | | 片廊下の幅 | | | m | m以上 | | | | | | |
| | | 中廊下の幅 | | | m | m以上 | | | | | | |
| 建物 | | 構造概要 | | | | | | | | | | |
| | 面積 | | | m ² | m ² 以上 | | | | | | | |
| 主な 揭示 事項 | 利用料(円) | | 法定代理受領サービス分 | | | | | | | | | |
| | | | 法定代理受領分サービス以外 | | | | | | | | | |
| | その他の費用(円) | | | | | | | | | | | |
| | 通常の送迎の実施地域 | | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | |

備考1 「受付番号」の欄、「基準上の必要人数」の欄、「基準上の必要数値」の欄及び「適合の可否」の欄は、記載しないでください。

2 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。

- 3 「指定申請を行う病棟（病床）部分の入院患者又は利用者の定員」欄は、当該施設のうち、短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）に供する部分の定員について記載してください。
- 4 「主な揭示事項」については、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。
- 5 次の事項を記載した書類を添付してください。
 - (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等（申請者が法人の場合に限る。）
 - (2) 病院又は診療所の使用許可証又は届書の写し
 - (3) 申請に係る事業の従業者の勤務体制及び勤務形態
 - (4) 精神保健福祉士に準ずる者の経歴
 - (5) 建物の平面図（各室の用途を明示するものとする。）
 - (6) 事業所の居室の種類別面積
 - (7) 事業所の設備等の概要
 - (8) 運営規程
 - (9) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (10) 法第 70 条第 2 項第 1 号から第 3 号まで、第 5 号から第 7 号まで、第 9 号又は第 10 号（病院等により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る指定の申請にあっては第 2 号から第 11 号まで）（法第 70 条の 2 第 4 項において準用する場合を含む。）に該当しないことを誓約する書面
 - (11) 役員の氏名、生年月日及び住所
- 6 指定介護予防短期入所療養介護事業者の指定の申請を行おうとする者であって、既に法第 70 条第 1 項の規定に基づき短期入所療養介護に係る指定居宅サービス事業者の指定を受けている場合にあっては、既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
 - (1) 事業所種別
 - (2) 指定申請を行う病棟（病床）部分の入院患者又は利用者の定員
 - (3) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (4) 建物の構造概要
 - (5) 上記 5（1）から（3）及び（5）から（9）までに掲げる事項
- 7 介護保険法施行細則第 21 条の規定に基づく更新の申請を行おうとする場合は、この様式中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。
- 8 介護保険法施行細則第 21 条の規定に基づく更新の申請を行おうとする事業者が既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
 - (1) 事業所種別
 - (2) 指定申請を行う病棟（病床）部分の入院患者又は利用者の定員
 - (3) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (4) 建物の構造概要
 - (5) 上記 5（1）から（3）及び（5）から（9）までに掲げる事項

受付番号

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|-----------------------------------|---------------|---------|----------|-----------|-------|---------|-------|---------|----|
| 事業所 | フリガナ 名称 | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | FAX番号 | | | | |
| | 申請に係る事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項 | | | | | | 第 | 条第 | 項第 | 号 | |
| 施設区分 (該当するものに○印を付けてください。) | 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 (該当するものに○印を付けてください。) | 介護専用型 | | | | | | | | | | |
| | 介護専用型以外 | | | | | | | | | | |
| サービスの提供形態 (該当するものに○印を付けてください。) | 一般型 | | | | | | | | | | |
| | 外部サービス利用型 | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ 氏名 | | | | 住所 | (郵便番号 -) | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | |
| | 申請に係る特定入居者生活介護 (介護予防特定入居者生活介護) 事業所で兼務する場合にあってはその職種等 | | | | | | | | | | |
| | 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設等 | | | 名称 | | | | | | | |
| | | | 兼務する職種及び勤務時間等 | ----- | | | | | | | |
| 利用者数 | | 人 (前年の平均値 (新規の場合は推定数) を記載してください。) | | | | | | | | | |
| | | 要介護者 | | | 人 | | 要支援者 | | | 人 | |
| 従業者の職種及び員数 | | 生活相談員 | | 看護職員 | | 介護職員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤 (人) | | | | | | | | | | | |
| 非常勤 (人) | | | | | | | | | | | |
| 常勤換算後の人数 (人) | | | | | | | | | | | |
| 基準上の必要人数 (人) | | | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | | | |
| 建物の構造概要 | 耐火建築物、準耐火建築物その他の別 | | | | | | | | | | |
| | 介護居室の1室の最大定員 | | | | 基準上の必要数値 | | | | 適合の可否 | | |
| | | | | 人 | | | | 人以下 | | | |
| 主な揭示事項 | 入居定員 | 人 | | | | | | | | | |
| | 居室数 | | | | | | | | | | |
| | 利用料 (円) | 法定代理受領分 | | | | | | | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | |
| その他の費用 (円) | | | | | | | | | | | |
| 協力医療機関 | 名称 | | | | | 診療科名 | | | | | |
| | 名称 | | | | | 診療科名 | | | | | |
| | 名称 | | | | | 診療科名 | | | | | |

備考 1 「受付番号」の欄、「基準上の必要人数」の欄、「基準上の必要数値」の欄及び「適合の可否」の欄は、記載しないでください。

- 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。
- 「主な揭示事項」については、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 「協力医療機関」がある場合は、「協力医療機関」の欄に記載ください。
- 5 次の事項を記載した書類を添付してください。
 - (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等（申請者が法人の場合に限る。）
 - (2) 申請に係る事業の従業者の勤務体制及び勤務形態
 - (3) 事業所の管理者の経歴
 - (4) 建物の平面図（各室の用途を明示するものとする。）
 - (5) 事業所の居室の種類別面積
 - (6) 事業所の設備等の概要
 - (7) 運営規程
 - (8) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (9) 申請に係る資産の状況
 - (10) 協力医療機関又は協力歯科医療機関との契約の内容
 - (11) 法第70条第2項第1号から第3号まで、第5号から第7号まで、第9号又は第10号（病院等により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る指定の申請にあっては第2号から第11号まで）（法第70条の2第4項において準用する場合を含む。）に該当しないことを誓約する書面
 - (12) 役員の氏名、生年月日及び住所
 - (13) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号
- 6 指定介護予防特定施設入居者生活介護事業者の指定の申請を行おうとする者であって、既に法第70条第1項の規定に基づき特定入居者生活介護に係る指定居宅サービス事業者の指定を受けている場合にあっては、既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
 - (1) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (2) 利用者数
 - (3) 建物の構造概要
 - (4) 協力医療機関の名称及び診療科名
 - (5) 上記5(1)から(10)までに掲げる事項
- 7 介護保険法施行細則第21条の規定に基づく更新の申請を行おうとする場合は、この様式中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。
- 8 介護保険法施行細則第21条の規定に基づく更新の申請を行おうとする事業者が既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
 - (1) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (2) 利用者数
 - (3) 建物の構造概要
 - (4) 協力医療機関の名称及び診療科名
 - (5) 上記5(1)から(10)までに掲げる事項

(指定福祉用具貸与(指定介護予防福祉用具貸与)事業者の指定の申請の場合)

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|---------------|-----|---|-------------------------|----|-----------|------------------------|---|-----------|-------|---|----|----|---|
| 事業所 | フリガナ 名称 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | FAX番号 | | | | | | | | |
| 申請に係る事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項 | | | | | | | | | | | | 第 | 条第 | 項第 | 号 |
| 管理者 | フリガナ 氏名 | | | | | 住所 | (郵便番号 -) | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 申請に係る福祉用具貸与(介護予防福祉用具貸与)事業者で兼務する場合には、その職種 | | | | | | | | | | | | | | |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設等 | | 名称 | | | 兼務する職種 及び勤務時間等 | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種及び員数 | | 専 門 相 談 員 | | / | | | | | | | | | | | |
| | | 専 従 | 兼 務 | | | | | | | | | | | | |
| 常勤(人) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 非常勤(人) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 常勤換算後の人数(人) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 基準上の必要人数(人) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主な 掲 示 事 項 | 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他の年間の休日 | | | | | |
| | 営業時間 | 平日 | | | ~ | | | 土曜 | | ~ | 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 徘徊感知機器 | | | 移動用リフト (つり具の部分を除く。) | | | | | | | |
| | | その他 | | | | | | | | | | | | | |
| | 利用料 (円) | 法定代理受領サービス分 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 法定代理受領サービス分以外 | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用(円) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | ① | ② | | ③ | | | ④ | | ⑤ | | | | | | |
| | 備考 | | | | | | | | | | | | | | |

備考1 「受付番号」の欄、「基準上の必要人数」の欄、「基準上の必要数値」の欄及び「適合の可否」の欄は、記載しないでください。

- 2 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。
- 3 「主な掲示事項」については、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 「営業日」の欄は、営業する曜日等の欄に○印を付けてください。
- 5 「取り扱う種目」の欄は、該当する項目に○印をつけてください。
- 6 次の事項を記載した書類を添付してください。

(1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等

- (2) 申請に係る事業の従業者の勤務体制及び勤務形態
 - (3) 事業所の管理者の経歴
 - (4) 事業所の平面図及び設備の概要
 - (5) 運営規程
 - (6) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (7) 申請に係る資産の状況
 - (8) 福祉用具の保管及び消毒の方法（委託する場合にあつては委託契約書の写し）
 - (9) 専門相談員としての資格証明（免許証又は講習会修了証書の写し）
 - (10) 法第 70 条第 2 項第 1 号から第 3 号まで、第 5 号から第 7 号まで、第 9 号又は第 10 号（病院等により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る指定の申請にあつては第 2 号から第 11 号まで）（法第 70 条の 2 第 4 項において準用する場合を含む。）に該当しないことを誓約する書面
 - (11) 役員の氏名、生年月日及び住所
- 7 指定介護予防福祉用具貸与事業者の指定の申請を行おうとする者であつて、既に法第 70 条第 1 項の規定に基づき福祉用具貸与に係る指定居宅サービス事業者の指定を受けている場合にあつては、既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
- (1) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (2) 上記 6（1）から（8）までに掲げる事項
- 8 介護保険法施行細則第 21 条の規定に基づく更新の申請を行おうとする場合は、この様式中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。
- 9 介護保険法施行細則第 21 条の規定に基づく更新の申請を行おうとする事業者が既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
- (1) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (2) 上記 6（1）から（8）までに掲げる事項

(指定特定福祉用具販売 (指定特定介護予防福祉用具販売) 事業者の指定の申請の場合)

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|-----------|-----------|---|---|---------------|---------------|-----------|---|-----------|--------|-------|---|--|--|
| 事業所 | フリガナ 名称 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | | FAX番号 | | | | | | | |
| 申請に係る事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条項 | | | | | | | 第 条第 項第 号 | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ 氏名 | | | | | | 住所 | (郵便番号 -) | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 申請に係る特定福祉用具販売 (特定介護予防福祉用具販売) 事業所で兼務する場合にあっては、その職種 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設等 | | 名称 | | | | 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | | | |
| 従業者の職種及び員数 | | | 専 門 相 談 員 | | | | / | | | | | | | | |
| | | | 専 従 | | | | | | | | | 兼 務 | | | |
| | 常勤 (人) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 非常勤 (人) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 常勤換算後の人数 (人) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準上の必要人数 (人) | | | | | | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主な揭示事項 | 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他の年間の休日 | | | | | |
| | 営業時間 | 平日 | | | ~ | | | 土曜 | | | ~ | 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 | | | | | | | | | |
| | 販売費用の額 (円) | | | | | | | | | | | | | | |
| | その他の費用 (円) | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | ① | | | ② | | | ③ | | | ④ | | | ⑤ | | |
| | 備考 | | | | | | | | | | | | | | |

備考 1 「受付番号」の欄は、「基準上の必要人数」の欄、「基準上の必要数値」の欄及び「適合の可否」の欄は、記載しないでください。

2 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。

3 「主な揭示事項」については、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 「営業日」の欄は、営業する曜日等の欄に○印を付けてください。

5 「取り扱う種目」の欄は、該当する項目に○印をつけてください。

6 次の事項を記載した書類を添付してください。

- (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- (2) 申請に係る事業の従業者の勤務体制及び勤務形態
- (3) 事業所の管理者の経歴
- (4) 事業所の平面図及び設備の概要
- (5) 運営規程
- (6) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

- (7) 申請に係る資産の状況
 - (8) 専門相談員としての資格証明（免許証又は講習会修了証書の写し）
 - (9) 法第70条第2項第1号から第3号まで、第5号から第7号まで、第9号又は第10号（病院等により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る指定の申請にあつては第2号から第11号まで）（法第70条の2第4項において準用する場合を含む。）に該当しないことを誓約する書面
 - (10) 役員の氏名、生年月日及び住所
- 7 指定特定介護予防福祉用具販売事業者の指定の申請を行おうとする者であつて、既に法第70条第1項の規定に基づき特定福祉用具販売に係る指定居宅サービス事業者の指定を受けている場合であつて、既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
- (1) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (2) 上記6（1）から（7）までに掲げる事項
- 8 介護保険法施行細則第21条の規定に基づく更新の申請を行おうとする場合は、この様式中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。
- 9 介護保険法施行細則第21条の規定に基づく更新の申請を行おうとする事業者が既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
- (1) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (2) 上記6（1）から（7）までに掲げる事項

(A4)

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

年 月 日

振興局長 様
 (岩手県 保健所長)

主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の氏名 印
 (個人にあつては、住所及び氏名)

指定居宅サービス（指定介護予防サービス）事業者指定更新申請書

指定居宅サービス（指定介護予防サービス）事業者の指定の更新を受けたいので、介護保険法第70条の2第4項（同法第115条の10において準用する場合を含む。）において準用する同法第70条第1項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

| | |
|---------|--|
| 所在市町村番号 | |
|---------|--|

| | | | | | | |
|---------------|----------------|-----------|-------------|-------|-------------|------------|
| 申請者 | フリガナ 名称又は氏名 | | ----- | | | |
| | 主たる事務所の所在地又は住所 | | (郵便番号 -) | | | |
| | 連絡先 | | 電話番号 | | FAX番号 | |
| | 法人の種類 | | | 法人所轄庁 | | |
| | 代表者の職・氏名・生年月日 | | 職 | | フリガナ 氏 名 | ----- 生年月日 |
| | 代表者の住所 | | (郵便番号 -) | | | |
| 更新を受けようとする事業所 | 事業所の種類 | 介護保険事業所番号 | フリガナ 名 称 | 指定年月日 | 有効期間満了日 | |
| | | | ----- | | | |
| | | | ----- | | | |
| | | | ----- | | | |
| | | | ----- | | | |

- 備考1 「受付番号」の欄及び「所在市町村番号」の欄は、記載しないでください。
- 2 更新申請を行おうとする事業所の種類に応じて、申請時に添付する別紙を添付してください。この場合において、別紙中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。

岩手県 保健所長 様

主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の氏名 印
 (個人にあつては、住所及び氏名)

指定居宅サービス (指定介護予防サービス) 事業者の指定を不要とする申出書
 指定居宅サービス (指定介護予防サービス) 事業の指定を不要としますので、介護保険法 (以下「法」という。) 第 71 条第 1 項ただし書 (法第 115 条の 10 で準用する場合を含む。)(法第 72 条第 1 項ただし書 (法第 115 条の 10 で準用する場合を含む。)、介護保険法施行法 (以下「施行法」という。) 第 4 条ただし書及び施行法第 5 条ただし書) の規定により、次のとおり届け出ます。

| | |
|----------------------------------|--|
| 施設等の名称及び開設の場所 | 名称 |
| | 開設の場所 |
| 開設者の名称又は氏名及び所在地又は住所 | 名称又は氏名 |
| | 所在地又は住所 |
| 管理者の氏名及び住所 | 氏名 |
| | 住所 |
| 施設等の種類 | 指定を不要とする居宅サービスの種類 |
| 1 保険医療機関 2 保険薬局 3 特定承認医療機関 | 1 居宅療養管理指導 2 介護予防居宅療養管理指導 3 訪問看護 (保険医療機関及び特定承認医療機関に限る。) 4 介護予防訪問看護 (保険医療機関及び特定承認医療機関に限る。) 5 訪問リハビリテーション (保険医療機関及び特定承認医療機関に限る。) 6 介護予防訪問リハビリテーション (保険医療機関及び特定承認医療機関に限る。) |
| 1 介護老人保健施設 2 介護療養型医療施設 | 1 短期入所療養介護 2 介護予防短期入所療養介護 3 通所リハビリテーション (介護老人保健施設により行われるものに限る。) 4 介護予防通所リハビリテーション (介護老人保健施設により行われるものに限る。) |
| 医療機関等コード | |

備考 1 該当する番号を○で囲んでください。
 2 「医療機関等コード」の欄には、申請者が既に保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションのコードを付与されている場合に、当該コード (複数のコードを付与されている場合は、すべてのコード) を記載してください。

振興局長 様
(岩手県 保健所長)

主たる事務所の所在地
名称
代表者の氏名
(個人にあっては、住所及び氏名)

印

指定居宅サービス (指定介護予防サービス) 事業者変更届

指定居宅サービス (指定介護予防サービス) 事業者の名称等に変更があったので、介護保険法 (以下「法」という。) 第 75 条 (第 115 条の 5) の規定により、次のとおり届け出ます。

| | | 介護保険事業者番号 | |
|-------------------------|--|-----------|-------|
| 指定内容を変更した事業所 | | 名称 | |
| | | 所在地 | |
| 居宅サービス (介護予防サービス) 事業の種類 | | | |
| 変更があった事項 | | 変更の内容 | |
| 1 | 事業所の名称 | (変更前) | |
| 2 | 事業所の所在地 | | |
| 3 | 申請者の名称又は氏名及び主たる事務所の所在地又は住所 | | |
| 4 | 代表者又は開設者の氏名、生年月日、住所及び職名 | | |
| 5 | 定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等 (申請者が法人である場合における指定事業に関するものに限る。) | | |
| 6 | 事業所の平面図 (指定訪問介護事業、指定訪問入浴介護事業、指定訪問看護事業、指定訪問リハビリテーション事業、指定居宅療養管理指導事業、指定通所介護事業、指定通所リハビリテーション事業、指定福祉用具貸与事業、指定特定福祉用具販売事業、指定介護予防訪問介護事業、指定介護予防訪問入浴介護事業、指定介護予防訪問看護事業、指定介護予防訪問リハビリテーション事業、指定介護予防居宅療養管理指導事業、指定介護予防通所介護事業、指定介護予防通所リハビリテーション事業、指定介護予防福祉用具貸与事業及び指定特定介護予防福祉用具販売に限る。) | | |

| | | | |
|----|---|--|-------|
| 7 | 建物の構造概要及び平面図（指定短期入所生活介護事業、指定短期入所療養介護事業、指定特定施設入居者生活介護事業、指定介護予防短期入所生活介護事業、指定介護予防短期入所療養介護事業及び指定介護予防特定施設入居者生活介護事業に限る。） | | |
| 8 | 備品又は設備の概要（指定訪問入浴介護事業、指定通所介護事業、指定通所リハビリテーション事業、指定短期入所生活介護事業、指定短期入所療養介護事業、指定特定施設入居者生活介護事業、指定福祉用具貸与事業、指定特定福祉用具販売事業、指定介護予防訪問入浴介護事業、指定介護予防通所介護事業、指定介護予防通所リハビリテーション事業、指定介護予防短期入所生活介護事業、指定介護予防短期入所療養介護事業、指定介護予防特定施設入居者生活介護事業、指定介護予防福祉用具貸与事業及び指定特定介護予防福祉用具販売に限る。） | | |
| 9 | 管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | | |
| 10 | サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴（指定訪問介護事業及び指定介護予防訪問介護事業に限る。） | | |
| 11 | 運営規程 | | |
| 12 | 協力医療機関（協力歯科医療機関）の名称及び診療科名並びに当該医療機関（歯科医療機関）との契約内容（指定訪問入浴介護事業、指定短期入所生活介護事業、指定特定施設入居者生活介護事業、指定介護予防訪問入浴介護事業、指定介護予防短期入所生活介護事業、指定介護予防特定施設入居者生活介護事業に限る。） | | |
| 13 | 事業所の病院、診療所等の別（指定訪問看護事業、指定訪問リハビリテーション事業、指定居宅療養管理指導事業、指定介護予防訪問看護事業、指定介護予防訪問リハビリテーション事業及び指定介護予防居宅療養管理指導事業に限る。） | | |
| 14 | 提供する居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導の種類 | | (変更後) |
| 15 | 指定通所リハビリテーション事業又は指定介護予防通所リハビリテーション事業の事業所の種別 | | |
| 16 | 指定短期入所生活介護事業又は指定介護予防短期入所生活介護事業若しくは指定短期入所療養介護事業又は指定介護予防短期入所療養介護事業の実施形態 | | |

| | | |
|-------|--|-------|
| 17 | 入院患者若しくは入所者の定員又は入院患者の推定数（指定短期入所生活介護事業又は指定介護予防短期入所生活介護事業（特別養護老人ホームの空居室を利用する場合に限る。）及び指定短期入所療養介護事業又は指定介護予防短期入所療養介護事業に限る。） | |
| 18 | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携体制及び支援体制（指定短期入所生活介護事業、指定短期入所療養介護事業、指定介護予防短期入所生活介護事業及び指定介護予防短期入所療養介護事業に限る。） | |
| 19 | 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）（指定福祉用具貸与事業及び指定介護予防福祉用具貸与事業に限る。） | |
| 20 | 役員の氏名、生年月日及び住所 | |
| 21 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号（指定特定施設入居者生活介護事業又は指定介護予防特定施設入居者生活介護事業に限る。） | |
| 変更年月日 | | 年 月 日 |

備考1 該当する番号を○で囲んでください。

- 2 通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護の居宅サービス、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護及び介護予防特定施設入居者生活介護の介護予防サービスの利用者の定員の増加に伴うものにあつては、それぞれ当該居宅サービス及び介護予防サービスに係る事業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した種類を添付してください。
- 3 変更があつた事項に応じて必要な関係書類を添付してください。
- 4 届出する事業の種類が、訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、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、介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、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及び特定介護予防福祉用具販売の場合にあつては所轄の広域振興局長又は地方振興局長に、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防通所リハビリテーション及び介護予防短期入所療養介護の場合にあつては所轄の保健所長に届出をしてください。
- 5 管理者又は役員の変更に伴うものは、法第70条第2項第1号から第3号まで、第5号から第7号まで、第9号又は第10号（病院等により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る変更届にあつては、第2号から第11号まで）（法第70条の2第4項において準用する場合を含む。）に該当しないことを誓約する書面を添付してください。

年 月 日

振興局長 様
 （岩手県 保健所長）

主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の氏名 印
 （個人にあつては、住所及び氏名）

指定居宅サービス（指定介護予防サービス）事業廃止（休止、再開）届

指定居宅サービス（指定介護予防サービス）事業を廃止（休止、再開）したので、介護保険法第 75 条（第 115 条の 5）の規定により、次のとおり届け出ます。

| | | |
|------------------------|---------------|-------|
| 介護保険事業者番号 | | |
| 廃止（休止、再開）する事業所の名称及び所在地 | 名称 | |
| | 所在地 | |
| 廃止（休止、再開）年月日 | 年 月 日 | |
| 廃止（休止）した理由 | | |
| 現にサービスを受けていた者に対する措置 | | |
| 休止予定期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 | |

備考 1 指定居宅サービス事業（指定訪問リハビリテーション事業及び指定居宅療養管理指導事業に係るものを除く。）及び指定介護予防サービス事業（指定介護予防リハビリテーション事業及び指定介護予防居宅療養管理指導事業に係るものを除く。）の再開を届け出る場合は、従業者の勤務体制及び勤務形態を記載した書類を添付してください。

2 届出する事業の種類が、訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、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、介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、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及び特定介護予防福祉用具販売の場合にあつては所轄の広域振興局長又は地方振興局長に、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防通所リハビリテーション及び介護予防短期入所療養介護の場合にあつては所轄の保健所長に届出をしてください。

受付番号

年 月 日

振興局長 様

主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の氏名

印

指定居宅介護支援事業者指定申請書

指定居宅介護支援事業者の指定を受けたいので、介護保険法（以下「法」という。）第 79 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

所在市町村番号

| | | | | | | |
|------------------|-----------------------|--|-----------------------|--|------------|--|
| 申請者 | フリガナ 名 称 | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 -) | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | |
| | 法人の種類 | | | 法人所轄庁 | | |
| | 代表者の職、氏名 及び生年月日 | 職名 | | フリガナ 氏 名 | 生年 月日 | |
| | 代表者の住所 | (郵便番号 -) | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 事業所の所在地 | (郵便番号 -) | | | | |
| | 同一所在地において行う事業又は施設の種類の | 実施 事業 | 指定を申請する事業の開 始予定年月日 | 既に指定を受けている事業 及び許可を受けている施設 の指定又は開設年月日 | 添付す る別紙 | |
| | 指定居宅サ ービス事業 | 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 | | | | |
| | | 居宅療養管理指導 | | | | |
| | | 通所介護 | | | | |
| | | 通所リハビリテーション | | | | |
| | | 短期入所生活介護 | | | | |
| | | 短期入所療養介護 | | | | |
| | | 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 | | | | | |
| | 指定居宅介護支援事業 | | | | 別紙 13 | |
| | 施 設 | 指定介護老人福祉施設 | | | | |
| | | 介護老人保健施設 | | | | |
| | | 指定介護療養型医療施設 療養病床を有する病院又は診療所 老人性認知症疾患療養病棟を有する 病院 | | | | |
| | 指定介護予 防サ ービス事業 | 介護予防訪問介護 | | | | |
| | | 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 | | | | | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | | | | | | |
| 介護予防通所介護 | | | | | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | | | | | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | | | | | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | | | | | | |

(指定居宅介護支援事業者の指定の申請の場合)

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|---------------|----|---------|---------------|----|-----------|----|---|-----------|-------|--|---|
| 事業所 | フリガナ 名称 | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | FAX番号 | | | | | | |
| 当該事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項 | | | | | | 第 | 条第 | 項第 | 号 | | | | |
| 管理者 | フリガナ 氏名 | | | | | 住所 | (郵便番号 -) | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | | |
| | 申請に係る居宅介護支援事業所で兼務する場合には、その職種 | | | | | | 有・無 | | | | | | |
| | 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設等 | | 名称 | | 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | | | |
| 事業開始時の利用者の推定数 | | | | 人 | | | | | | | | | |
| 従業者の員数(人) | | | | 介護支援専門員 | | | | | | | | | |
| | | | | 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 | その他の年間の休日 | | | |
| | 営業時間 | 平日 | | | ～ | | | 土曜 | | ～ | 日曜・祝日 | | ～ |
| | | 備考 | | | | | | | | | | | |
| | 利用料(円) | 法定代理受領サービス分以外 | | | | | | | | | | | |
| | その他の費用(円) | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | ① | ② | | ③ | | ④ | | ⑤ | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | |

備考1 「受付番号」の欄は、記載しないでください。

2 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。

3 「主な揭示事項」については、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 「営業日」の欄は、営業する曜日等の欄に○印を付けてください。

5 次の事項を記載した書類を添付してください。

- (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例
- (2) 申請に係る事業の従業者の勤務体制及び勤務形態
- (3) 事業所の管理者の経歴
- (4) 事業所の平面図
- (5) 運営規程
- (6) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
- (7) 申請に係る資産の状況
- (8) 関係市町村並びに他の保健医療サービス及び福祉サービス提供主体との連携の内容
- (9) 法第 79 条第 2 項各号(法第 79 条の 2 第 4 項において準用する場合を含む。)に該当しないことを誓約する書面
- (10) 役員の名、生年月日及び住所
- (11) 介護支援専門員の名及びその登録番号

- 6 介護保険法施行細則第 25 条の規定に基づく更新の申請を行おうとする場合は、この様式中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。
- 7 介護保険法施行細則第 25 条の規定に基づく更新の申請を行おうとする事業者が既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
 - (1) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (2) 事業開始時の利用者の推定数
 - (3) 上記 5 (1) から (8) までに掲げる事項

(A 4)

| | | 受付番号 |
|----|------------|-------------|
| 番号 | 氏名 | 介護支援専門員登録番号 |
| ① | フリガナ 氏名 | |
| ② | フリガナ 氏名 | |
| ③ | フリガナ 氏名 | |
| ④ | フリガナ 氏名 | |
| ⑤ | フリガナ 氏名 | |
| ⑥ | フリガナ 氏名 | |
| ⑦ | フリガナ 氏名 | |
| ⑧ | フリガナ 氏名 | |
| ⑨ | フリガナ 氏名 | |
| ⑩ | フリガナ 氏名 | |
| ⑪ | フリガナ 氏名 | |
| ⑫ | フリガナ 氏名 | |
| ⑬ | フリガナ 氏名 | |
| ⑭ | フリガナ 氏名 | |
| ⑮ | フリガナ 氏名 | |
| ⑯ | フリガナ 氏名 | |

備考1 指定居宅介護支援事業に従事する介護支援専門員の氏名、介護支援専門員登録番号を記載してください。

2 「受付番号」の欄は、記載しないでください。

3 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

年 月 日

振興局長 様

主たる事務所の所在地
名称
代表者の氏名

印

指定居宅介護支援事業者指定更新申請書

指定居宅介護支援事業者の指定の更新を受けたいので、介護保険法第79条の2第4項において準用する同法第79条第1項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

| | |
|---------|--|
| 所在市町村番号 | |
|---------|--|

| | | | | | | | |
|---------------|----------------|-------------|-------|-------------|-------|------|--|
| 申請者 | フリガナ 名 称 | ----- | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 -) | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | F A X 番号 | | | |
| | 法人の種別 | | 法人所轄庁 | | | | |
| | 代表者の職、氏名及び生年月日 | 職名 | | フリガナ 氏 名 | ----- | 生年月日 | |
| | 代表者の住所 | (郵便番号 -) | | | | | |
| 更新を受けようとする事業所 | 介護保険事業者番号 | フリガナ 名 称 | 指定年月日 | 有効期間満了日 | | | |
| | | ----- | | | | | |
| | | ----- | | | | | |
| | | ----- | | | | | |
| | | ----- | | | | | |
| | | ----- | | | | | |

備考1 「受付番号」の欄及び「所在市町村番号」の欄は、記載しないでください。

2 申請の際には、様式第26号の別紙13を添付してください。この場合において、同様式の別紙13中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。

年 月 日

振興局長 様

主たる事務所の所在地

名称

代表者の氏名

印

指定居宅介護支援事業者変更届

指定居宅介護支援事業に係る事業所の名称等に変更があったので、介護保険法（以下「法」という。）第82条の規定により、次のとおり届け出ます。

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 介護保険事業者番号 | ： | ： | ： | ： | ： | ： | ： | ： | ： | ： | ： |
| 指定内容を変更した事業所 | | 名 称 | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | | | |
| 変更があった事項 | | 変更の内容 | | | | | | | | | | | |
| 1 | 事業所の名称 | (変更前) | | | | | | | | | | | |
| 2 | 事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 事業者の名称及び主たる事務所の所在地 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等（申請に係る指定事業に関するものに限る。） | (変更後) | | | | | | | | | | | |
| 6 | 事業所の平面図 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 運営規程 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | 役員の氏名、生年月日及び住所 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | |

- 備考1 該当する番号を○で囲んでください。
- 2 変更があった事項に応じて必要な関係書類を添付してください。
- 3 管理者又は役員の変更に伴うものは、法第79条第2項各号に該当しないことを誓約する書面を添付してください。

年 月 日

振興局長 様

主たる事務所の所在地

名称

代表者の氏名

印

指定居宅介護支援事業者事業廃止（休止、再開）届

指定居宅介護支援事業を廃止（休止、再開）したので、介護保険法第 82 条の規定により、次のとおり届け出ます。

| | |
|-------------------------------|---------------|
| | 介護保険事業者番号 |
| 廃止（休止、再開）する事業所の名称及び所在地 | 名称 |
| | 所在地 |
| 廃止（休止、再開）年月日 | 年 月 日 |
| 廃止（休止）した理由（廃止届又は休止届のみ記載すること。） | |
| 現に指定居宅介護支援を受けていた者に対する措置 | |
| 休止予定期間（休止届のみ記載すること。） | 年 月 日 ～ 年 月 日 |

注 再開を届け出る場合は、従業員の勤務体制及び勤務形態を記載した書類を添付してください。

(A4)

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

年 月 日

岩手県知事 様

主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の氏名



指定介護老人福祉施設指定申請書

指定介護老人福祉施設の指定を受けたいので、介護保険法（以下「法」という。）第86条第1項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

| | |
|---------|--|
| 所在市町村番号 | |
|---------|--|

| | | | | | | |
|---------------------|----------------------------|-------------|-----------------------|--|------------|----------|
| 開設者 | フリガナ 名 称 | ----- | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 -) | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | FAX番号 | | |
| | 法人の種類 | | 法人所轄庁 | | | |
| | 代表者の職、氏名及び 生年月日 | 職名 | | フリガナ 氏 名 | ----- | 生年 月日 |
| 代表者の住所 | (郵便番号 -) | | | | | |
| 指定を受けようとする施設の 種類 | 開設の場所 | (郵便番号 -) | | | | |
| | 同一所在地において行う事業又は施設の種類の | 実施 事業 | 指定を申請する事業の 開始予定年月日 | 既に指定を受けている事業 及び許可を受けている施設 の指定又は開設年月日 | 添付す る別紙 | |
| | 指定 居宅 サー ビス 事業 | 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 | | | | |
| | | 居宅療養管理指導 | | | | |
| | | 通所介護 | | | | |
| | | 通所リハビリテーション | | | | |
| | | 短期入所生活介護 | | | | |
| | | 短期入所療養介護 | | | | |
| | | 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 | | | | | |
| | 指定居宅介護支援事業 | | | | | |
| 施設 | 指定介護老人福祉施設 | | | | 別紙 14 | |
| | 介護老人保健施設 | | | | | |
| | 指定介護療養型医療施設 | | | | | |
| | 療養病床を有する病院又は診療所 | | | | | |
| | 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院 | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------|
| 指定 介護 予防 サー ビス 事業 | 介護予防訪問介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護予防居宅療養管理指導 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護予防通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護予防通所リハビリテーション | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護予防短期入所生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護予防短期入所療養介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (既に指定又は許可を受けている場合) |
| 医療機関等コード | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (保険医療機関として指定を受けている場合) |

- 備考1 「受付番号」の欄及び「所在市町村番号」の欄は、記載しないでください。
- 2 「法人の種別」の欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、社団法人、株式会社、有限会社等の別を記載してください。
- 3 「法人所轄庁」の欄は、申請者が主務官庁等の認可又は許可を受けた法人である場合にその主務官庁等の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」の欄には、指定を受けようとする施設の種類及び既に指定又は許可を受けている事業又は施設の種類に応じて○印（法第72条第1項の規定に基づき指定があったものとみなされる事業にあっては、「みなし」）を記載してください。
- 5 「介護保険事業者番号」の欄には、申請者が既に介護保険事業者番号を付与されている場合に、当該介護保険事業者番号を記載してください。
- 6 「医療機関等コード」の欄には、申請者が既に保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションのコードを付与されている場合に、当該コード（複数のコードが付与されている場合は、すべてのコード）を記載してください。
- 7 申請する施設の種類に応じ、「添付する別紙」の欄に掲げる別紙を添付してください。

(指定介護老人福祉施設の指定の申請の場合)

受付番号

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|----------------------|---------------|----|---------------|-----------|-----------|----|----------------|----|--|
| 施設 | フリガナ 名称 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | FAX番号 | | | | |
| 申請に係る事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項 | | | | | 第 条第 項第 号 | | | | | |
| 管理者 | フリガナ 氏名 | | | | 住所 | (郵便番号 -) | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | |
| | 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設等 | 名称 | | 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | |
| 入所者数 | 人 (推定数を記載すること) | | | | | | | | | |
| 従業者の職種及び員数 | | 医師 | | 生活相談員 | | 介護職員 | | 看護職員 | | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | |
| 従事人数 | 常勤 (人) | | | | | | | | | |
| | 非常勤 (人) | | | | | | | | | |
| 常勤換算後の人数 (人) | | / | | / | | / | | / | | |
| 基準上の必要人数 (人) | | / | | / | | / | | / | | |
| 適合の可否 | | / | | / | | / | | / | | |
| 従事人数 | | 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) | | | | | | | | | |
| 基準上の必要人数 (人) | | / | | / | | / | | / | | |
| 適合の可否 | | / | | / | | / | | / | | |
| 設備基準上の数値記載項目等 | | | | 基準上の必要数値 | | 適合の可否 | | / | | |
| 居室 | 1室当たりの最大定員 | 人 | | 人以下 | | / | | / | | |
| | 入所者1人当たりの最小床面積 | ㎡ | | ㎡以上 | | / | | / | | |
| 食堂と機能訓練室の合計面積 | | ㎡ | | ㎡以上 | | / | | / | | |
| 廊下 | 片廊下の幅 | m | | m以上 | | / | | / | | |
| | 中廊下の幅 | m | | m以上 | | / | | / | | |
| 建物 | 構造概要 | / | | / | | / | | / | | |
| | 面積 | ㎡ | | ㎡以上 | | / | | / | | |
| 主な 揭示 事項 | 入所定員 | 人 | | | | | | | | |
| | 利用料 (円) | 法定代理受領サービス分 | | | | | | | | |
| | | 法定代理受領サービス分以外 | | | | | | | | |
| その他の費用 (円) | | | | | | | | | | |

備考 1 「受付番号」の欄、「基準上の必要人数」の欄、「基準上の必要数値」の欄及び「適合の可否」の欄には、記載しないでください。

2 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。

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 次の事項を記載した書類を添付してください。

- (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- (2) 特別養護老人ホームの認可書又は届書の写し
- (3) 併設する施設がある場合にあつては、その概要
- (4) 建物の平面図 (各室の用途を明示するもの) 並びに設備の概要
- (5) 運営規程
- (6) 入所者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
- (7) 申請にかかる事業の従業者の勤務体制及び勤務形態

- (8) 申請にかかる事業の資産の状況
 - (9) 協力病院の名称及び診療科目並びにその契約の内容
(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)
 - (10) 法第 86 条第 2 項各号に該当しないことを誓約する書面
 - (11) 役員の氏名、生年月日及び住所
 - (12) 介護支援専門員の氏名及び登録番号
- 5 介護保険法施行細則第 28 条の規定に基づく更新の申請を行おうとする場合は、この様式中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。
- 6 介護保険法施行細則第 28 条の規定に基づく更新の申請を行おうとする開設者が既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
- (1) 入所者数
 - (2) 施設の管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (3) 上記 4 (1) から (9) までに掲げる事項

(A 4)

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

年 月 日

岩手県知事 様

主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の氏名 印
 （個人にあっては、住所及び氏名）

指定介護老人福祉施設指定更新申請書

指定介護老人福祉施設の指定の更新を受けたいので、介護保険法第86条の2第4項において準用する同法第86条第1項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

| | |
|---------|--|
| 所在市町村番号 | |
|---------|--|

| | | | | | | | |
|--------------|--------------------|-----------|-------------|-------------|-------|------|---------|
| 申請者 | フリガナ 名 称 | ----- | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 -) | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | FAX番号 | | | |
| | 法人の種別 | | 法人所轄庁 | | | | |
| | 代表者の職、氏名及び生 年月日 | 職名 | | フリガナ 氏 名 | ----- | 生年月日 | |
| | 代表者の住所 | (郵便番号 -) | | | | | |
| 更新を受けようとする施設 | 介護保険事業者番号 | | フリガナ 名 称 | | 指定年月日 | | 有効期間満了日 |
| | | | ----- | | | | |
| | | | ----- | | | | |
| | | | ----- | | | | |
| | | | ----- | | | | |
| | | | ----- | | | | |

備考1 「受付番号」の欄及び「所在市町村番号」の欄は、記載しないでください。

2 申請の際には、様式第30号の別紙14を添付してください。この場合において、同様式の別紙14中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。

年 月 日

振興局長 様

主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の氏名

印

指定介護老人福祉施設変更届

指定介護老人福祉施設の開設者の住所等に変更があったので、介護保険法（以下「法」という。）第89条の規定により、次のとおり届け出ます。

| | | | | | | | | | | |
|-------------|---|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 介護保険事業者番号 | | | | | | | | |
| 指定内容を変更した施設 | | 名 称 | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | |
| 変更があった事項 | | 変更の内容 | | | | | | | | |
| 1 | 施設の名称 | (変更前) | | | | | | | | |
| 2 | 施設の開設の場所 | | | | | | | | | |
| 3 | 開設者の名称及び主たる事務所の所在地 | | | | | | | | | |
| 4 | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 | | | | | | | | | |
| 5 | 定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等（申請に係る指定事業に関するものに限る。） | (変更後) | | | | | | | | |
| 6 | 併設する施設の概要 | | | | | | | | | |
| 7 | 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要 | | | | | | | | | |
| 8 | 管理者の氏名、生年月日及び住所 | | | | | | | | | |
| 9 | 運営規程 | | | | | | | | | |
| 10 | 協力病院（協力歯科医療機関）の名称及び診療科名並びに当該協力病院との契約の内容 | | | | | | | | | |
| 11 | 役員の氏名、生年月日及び住所 | | | | | | | | | |
| 12 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | | |

- 備考1 該当する番号を○で囲んでください。
- 2 変更があった事項に応じて必要な関係書類を添付してください。
- 3 代表者又は役員の変更に伴うものは、法第86条第2項各号（法第86条の2第4項において準用する場合も含む。）に該当しないことを誓約する書面を添付してください。

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

年 月 日

岩手県知事 様

| |
|---------------------|
| 岩手県 収入証紙 はり付け |
|---------------------|

主たる事務所の所在地
名称
代表者の氏名

㊟

介護老人保健施設開設許可申請書

介護老人保健施設の開設の許可を受けたいので、介護保険法（以下「法」という。）第94条第1項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

| | |
|---------|--|
| 所在市町村番号 | |
|---------|--|

| | | | | | | |
|-----------------|----------------------------------|---|-----------------------|--|------------|------|
| 開設者 | フリガナ 名称 | | | | | |
| | 主たる事務所の 所在地 | (郵便番号 -) | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | FAX番号 | | |
| | 法人の種類 | | 法人所轄庁 | | | |
| | 代表者の職、氏名 及び生年月日 | 職名 | | フリガナ 氏名 | 生年 月日 | |
| | 代表者の住所 | (郵便番号 -) | | | | |
| 許可を受けようとする施設の種類 | 開設の場所 | (郵便番号 -) | | | | |
| | 同一所在地において行う事業又は施設の種類の | 実施 事業 | 許可を申請する施設の 開設予定年月日 | 既に指定を受けている事業 及び許可を受けている施設の 指定又は開設年月日 | 添付す る別紙 | |
| | 指定 居宅 サー ビス 事業 | 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 | | | | |
| | | 居宅療養管理指導 | | | | |
| | | 通所介護 | | | | |
| | | 通所リハビリテーション | | | | |
| | | 短期入所生活介護 | | | | |
| | | 短期入所療養介護 | | | | |
| | | 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 | | | | | |
| | 指定居宅介護支援事業 | | | | | |
| | 施 設 | 指定介護老人福祉施設 | | | | |
| | | 介護老人保健施設 | | | | 別紙15 |
| | | 指定介護療養型医療施設 | | | | |
| | | 療養病床を有する病院又は診療所 老人性認知症疾患療養病棟を有す る病院 | | | | |
| | 指定 介護 予防 サー ビス 事業 | 介護予防訪問介護 | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | | | | | | |
| 介護予防通所介護 | | | | | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | | | | | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | | | | | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (既に指定又は許可を受けている場合) |
| 医療機関等コード | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (保険医療機関として指定を受けている場合) |

- 備考1 「受付番号」の欄及び「所在市町村番号」の欄は、記載しないでください。
- 2 「法人の種別」の欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、社団法人、株式会社、有限会社等の別を記載してください。
- 3 「法人所轄庁」の欄は、申請者が主務官庁等の認可又は許可を受けた法人である場合にその主務官庁等の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」の欄には、許可を受けようとする施設の種類及び既に指定又は許可を受けている事業又は施設の種別に応じて○印（法第72条第1項の規定に基づき指定があったものとみなされる事業にあつては、「みなし」）を記載してください。
- 5 「介護保険事業者番号」の欄には、申請者が既に介護保険事業者番号を付与されている場合に、当該介護保険事業者番号を記載してください。
- 6 「医療機関等コード」の欄には、申請者が既に保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションのコードを付与されている場合に、当該コード（複数のコードが付与されている場合は、すべてのコード）を記載してください。
- 7 申請する施設の種別に応じ、「添付する別紙」の欄に掲げる別紙を添付してください。

(介護老人保健施設の開設の許可の申請の場合)

受付番号

| | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|---------------|---------|-----------------|-----------|----|-----------------|----|
| 施設 | フリガナ 名 称 | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | FAX番号 | | | |
| 当該事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項 | | | | | 第 | 条第 | 項第 | 号 | |
| 管 理 者 | フリガナ 氏 名 | | | | 住所 | (郵便番号 -) | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | |
| | 兼務する同一敷地内の他の事業 所又は施設等 | | 名 称 | | | | | | |
| | | 兼務する職種及び 勤務時間等 | | | | | | | |
| 入 所 者 数 | 人 (予定数を記載すること。) | | | 通所利用者の数 | 人 (推定数を記載すること。) | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | 医 師 | | 看護職員 | | 介護職員 | | 理学療法士・ 作業療法士 | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 従事人数 | 常勤 (人) | | | | | | | | |
| | 非常勤 (人) | | | | | | | | |
| 常勤換算後の人数 (人) | | | | | | | | | |
| 基準上の必要人数 (人) | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | |
| 従事人数 | | 薬剤師 | | 支援相談員 | | 栄養士 | | 介護支援専門員 | |
| | | 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 | | | | | | | | | |
| 併設する施設又は事業所 | | フリガナ 名 称 | | | | | | | |
| 設備基準上の数値記載項目 | | | 基準上の必要数値 | | | 適合の可否 | | | |
| 療 養 室 | 1室の最大定員 | | 人 | | 人以下 | | | | |
| | 入所者1人当たり最小床 面積 | | ㎡ | | ㎡以上 | | | | |
| 廊 下 | 片廊下の幅 | | m | | m以上 | | | | |
| | 中廊下の幅 | | m | | m以上 | | | | |
| 機能訓練室面積 | | ㎡ | | ㎡以上 | | | | | |
| 食堂面積 | | ㎡ | | ㎡以上 | | | | | |
| 建 物 | 構造概要 | | | | | | | | |
| | 面積 | | ㎡ | | ㎡以上 | | | | |
| 共用する施設の名称 (共 用する施設がある場合の みに記載してください。) | | フ リ ガ ナ 名 称 | | | | | | | |
| 主 な 掲 示 事 項 | 入所定員 | | 人 | | | | | | |
| | 利用料 (円) | | 法定代理受領サービス分 | | | | | | |
| | | | 法定代理受領サービス分以外 | | | | | | |
| その他の費用 (円) | | | | | | | | | |
| 協 力 医 療 機 関 | 名 称 | | | | 診療科名 | | | | |
| | 名 称 | | | | 診療科名 | | | | |
| | 名 称 | | | | 診療科名 | | | | |

- 備考1 「受付番号」の欄、「基準序の必要人数の欄」、「基準上の必要数値」の欄及び「適合の可否」の欄は、記載しないでください。
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。
 - 3 「主な掲示事項」については、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 介護老人保健施設において、指定通所リハビリテーションを行う施設は、別紙7イを添付してください。
 - 5 次の事項を記載した書類を添付してください。
 - (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - (2) 申請に係る施設の従業者の勤務体制及び勤務形態
 - (3) 建物の平面図（各室の用途を明示するもの）
 - (4) 居室の面積
 - (5) 設備等の概要
 - (6) 共用の場合の利用計画
 - (7) 併設する施設の概要
 - (8) 敷地の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図（公図）
 - (9) 運営規程
 - (10) 入所者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (11) 申請に係る資産の状況
 - (12) 協力病院（協力歯科医療機関）との契約の内容
 - (13) 法第94条第3項各号に該当しないことを誓約する書面
 - (14) 役員の氏名、生年月日及び住所
 - (15) 介護支援専門員の氏名及び登録番号
 - 6 介護保険法施行細則第29条の規定に基づく更新の申請を行おうとする場合は、この様式中の「許可の申請」とあるのは「許可の更新の申請」と読み替えるものとします。
 - 7 介護保険法施行細則第29条の規定に基づく更新の申請を行おうとする事業者が既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
 - (1) 建物の構造概要
 - (2) 入所者数
 - (3) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (4) 上記5（1）から（11）までに掲げる事項

年 月 日

岩手県知事 様

| |
|-----------------------------|
| 岩 手 県 収 入 証 紙 貼 り 付 け |
|-----------------------------|

主たる事務所の所在地
名称
代表者の氏名 ㊟

介護老人保健施設変更許可申請書

介護老人保健施設の変更の許可を受けたいので、介護保険法第 94 条第 2 項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | |
|---------|---|-----------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 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 | | | | | |
| 変更事項 | | 変更の内容 | | | | | | | |
| 1 | 敷地の面積及び平面図 | (変更前) | | | | | | | |
| 2 | 建物の構造概要及び平面図並びに施設及び構造設備の概要 | | | | | | | | |
| 3 | 施設の共用の有無及び共用の場合の利用計画 | | | | | | | | |
| 4 | 運営規程（従業者の職種、員数及び職務内容並びに入所定員に係る部分 | (変更後) | | | | | | | |
| 5 | 協力病院（協力歯科医療機関）の名称及び診療科名並びに当該協力病院との契約の内容（協力病院（協力歯科医療機関）を変更しようとするときに係るものに限る。） | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | |

備考 1 該当する番号を○で囲んでください。

2 変更があった事項に応じて必要な関係書類を添付してください。

(A 4)

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

年 月 日

岩手県知事 様

主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の氏名 印

介護老人保健施設開設許可更新申請書

介護老人保健施設の開設許可の更新を受けたいので、介護保険法第94条の2第1項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

| | | | | | | |
|--------------|-------------------|-----------|-------------|-------------|---------|------|
| | | 所在市町村番号 | | | | |
| 申請者 | フリガナ 名 称 | ----- | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 -) | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | FAX番号 | | |
| | 法人の種別 | | 法人所轄庁 | | | |
| | 代表者の職・氏名・ 生年月日 | 職名 | | フリガナ 氏 名 | ----- | 生年月日 |
| | 代表者の住所 | (郵便番号 -) | | | | |
| 更新を受けようとする施設 | 介護保険事業者番号 | | フリガナ 名 称 | 指定年月日 | 有効期間満了日 | |
| | | | ----- | | | |
| | | | ----- | | | |
| | | | ----- | | | |
| | | | ----- | | | |
| | | | ----- | | | |

備考1 「受付番号」の欄及び「所在市町村番号」の欄は、記載しないでください。

2 申請の際には、様式第33号の別紙15を添付してください。この場合において、同様式の別紙15中「許可の申請」とあるのは、「許可の更新の申請」と読み替えるものとします。

年 月 日

岩手県 保健所長 様

主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の氏名

印

介護老人保健施設管理者承認申請書

介護老人保健施設の管理者の承認を受けたいので、介護保険法第95条第1項（第2項）の規定により、次のとおり申請します。

| | | |
|--------------------------------|--------------------------|-------|
| | 介護保険事業者番号 | |
| 申請に係る施設の名称及び所在地 | 名 称 | |
| | 所在地 | |
| 管理者になろうとする者の氏名、 生年月日、住所及び資格 | 氏名 | |
| | 生年月日 | |
| | 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を添付してください。
- 2 「申請理由」の欄の該当する番号を○で囲んでください。
- 3 管理者になろうとする者が医師であるときは、当該医師の免許証の写しを添付してください。

年 月 日

岩手県 保健所長 様

主たる事務所の所在地

名称

代表者の氏名

印

介護老人保健施設広告事項許可申請書

介護老人保健施設の広告事項の許可を受けたいので、介護保険法第98条第1項第4号の規定により、次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | | | |
|----------------|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 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 | | | | | | | | | | | |

(A4)

年 月 日

岩手県 保健所長 様

主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の氏名 印

介護老人保健施設変更届

介護老人保健施設の開設者の住所等に変更があったので、介護保険法（以下「法」という。）第99条の規定により、次のとおり届け出ます。

| | | | |
|-----------------------|---|-----------|-----------------|
| | | 介護保険事業者番号 | : : : : : : : : |
| 許可内容を変更した施設の名称及び開設の場所 | | 名称 | |
| | | 開設の場所 | |
| 変更があった事項 | | 変更の内容 | |
| 1 | 施設の名称 | (変更前) | |
| 2 | 施設の開設の場所 | | |
| 3 | 開設者の名称及び主たる事務所の所在地 | | |
| 4 | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 | | |
| 5 | 定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等（許可を受けた施設に係る事業に関するものに限る。） | | |
| 6 | 併設する施設の概要 | (変更後) | |
| 7 | 管理者の氏名、生年月日及び住所 | | |
| 8 | 運営規程（従業員の職種、員数及び職務内容並びに入所定員（定員数の減少の場合を除く。）に係る部分を除く。） | | |
| 9 | 協力病院（協力歯科医療機関）の名称及び診療科名並びに当該協力病院との契約の内容（協力病院（協力歯科医療機関）を変更しようとするときに係るものを除く。） | | |
| 10 | 役員 の氏名、生年月日及び住所 | | |
| 11 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | |
| 変更年月日 | | 年 月 日 | |

- 備考1 該当する番号を○印で囲んでください。
- 2 変更があった事項に応じて必要な関係書類を添付してください。
- 3 代表者又は役員の変更に伴うものは、法第94条第3項各号（法第94条の2第4項において準用する場合も含む。）に該当しないことを誓約する書面を添付してください。

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

年 月 日

岩手県知事

様

主たる事務所の所在地
名称

代表者の氏名

印

(個人にあつては、住所及び氏名)

指定介護療養型医療施設指定申請書

指定介護療養型医療施設の指定を受けたいので、介護保険法（以下「法」という。）第 107 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

| | |
|---------|--|
| 所在市町村番号 | |
|---------|--|

| | | | | | | |
|--------------------|----------------------------------|--|-----------------------|--|--------|-------|
| 開設者 | フリガナ 名称又は氏名 | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地又は住所 | (郵便番号 -) | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | |
| | 法人の種類別 | | | 法人所轄庁 | | |
| | 代表者の職、氏名 及び生年月日 | 職名 | | フリガナ 氏名 | 生年月日 | |
| | 代表者の住所 | (郵便番号 -) | | | | |
| 指定を受けようとする施設の種類の種類 | 開設の場所 | (郵便番号 -) | | | | |
| | 同一所在地において行う事業又は施設の種類の種類 | 実施事業 | 指定を申請する施設の開始 予定年月日 | 既に指定を受けている事業 及び許可を受けている施設の 指定又は開設年月日 | 添付する別紙 | |
| | 指定 居宅 サー ビス 事業 | 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 | | | | |
| | | 居宅療養管理指導 | | | | |
| | | 通所介護 | | | | |
| | | 通所リハビリテーション | | | | |
| | | 短期入所生活介護 | | | | |
| | | 短期入所療養介護 | | | | |
| | | 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 | | | | | |
| | 指定居宅介護支援事業 | | | | | |
| | 施設 | 指定介護老人福祉施設 | | | | |
| | | 介護老人保健施設 | | | | |
| | | 指定介護療養型医療施設 療養病床を有する病院又は診療所 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院 | | | | 別紙 16 |
| | 指定 介護 予防 サー ビス 事業 | 介護予防訪問介護 | | | | |
| | | 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 | | | | | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | | | | | | |
| 介護予防通所介護 | | | | | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | | | | | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | | | | | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | | | | | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | | | | |

(指定介護療養型医療施設の指定の申請の場合 (病院用))

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------|-------------------|------|--------------------------|-------------|---------------|----------|---------------------------|---------|----|--|
| 施設 | フリガナ 名称 | ----- | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | | |
| 設 | 連絡先 | 電話番号 | | | | FAX番号 | | | | | | |
| | 申請に係る事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項 | | | | | 第 条 第 項 第 号 | | | | | | |
| 病院の開設年月日 | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ 氏名 | ----- | | | 住所 | (郵便番号 -) | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | |
| | 申請に係る指定介護療養型医療施設で兼務する場合には、その職種 | | | | | | | | | | | |
| | 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設等 | | 名称 | | | | 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | |
| 病棟の種類 (指定を受けようとする病棟の種類について、該当する番号すべてに○印を付けてください。) | | 療養病床等に係る病棟又は病室の病床数 | 当該申請に係る病棟又は病室の病床数 | | 当該申請に係る病棟又は病室における推定入院患者数 | うち要介護者数 | 完全型 | 転換型 | 適用区分 (該当するものに○印を付けてください。) | | | |
| 1 療養病床に係る病棟 | | 床 | 床 | | 人 | 人 | | | | | | |
| 2 老人性認知症疾患療養病棟 | | 床 | 床 | | 人 | 人 | | | | | | |
| 合計 | | 床 | 床 | | 人 | 人 | | | | | | |
| 従業者の職種及び員数 | | 看護職員 | | 介護職員 | | 理学療法士・作業療法士 | | 介護支援専門員 | | | | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | | |
| 療養病床に係る病棟 | 従事人数 | 常勤 (人) | | | | | | | | | | |
| | | 非常勤 (人) | | | | | | | | | | |
| | 常勤換算後の人数 (人) | | | | | | | | | | | |
| | 基準上の必要人数 (人) | | | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種及び員数 | | 看護職員 | | 介護職員 | | 作業療法士 | | 精神保健福祉士等 | | 介護支援専門員 | | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | |
| 老人性認知症疾患療養病棟 | 従事人数 | 常勤 (人) | | | | | | | | | | |
| | | 非常勤 (人) | | | | | | | | | | |
| | 常勤換算後の人数 (人) | | | | | | | | | | | |
| | 基準上の必要人数 (人) | | | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | | | | |

| 設備基準上の数値記載項目 | | | | 基準上の必要数値 | 適合の可否 |
|--------------|----------------------------|-------------|----------------|-------------------|-------|
| 療養病床に係る病棟 | 病室 | 1室当たりの最大病床数 | 人 | 人以下 | |
| | | 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 | |
| | 機能訓練室 | | m ² | m ² 以上 | |
| | 談話室 | | m ² | 必要な広さ | |
| | 食堂の面積 | | m ² | m ² 以上 | |
| | 浴室（浴室を設けない場合にあつては、シャワー室） | | m ² | | |
| | 建物の構造概要 | | | | |
| 老人性認知症疾患療養病棟 | 病室 | 1室当たりの最大病床数 | 人 | 人以下 | |
| | | 1人当たりの最小床面積 | m ² | m ² 以上 | |
| | 当該病棟の用に供される部分の床面積 | | m ² | m ² 以上 | |
| | 廊下 | 片廊下の幅 | m | m以上 | |
| | | 中廊下の幅 | m | m以上 | |
| | 生活機能回復訓練室 | | m ² | m ² 以上 | |
| | デイルーム及び面会室の合計面積 | | m ² | m ² 以上 | |
| | 食堂の面積（デイルームを使用する場合には、その面積） | | m ² | m ² 以上 | |
| | 浴室（浴室を設けない場合にあつては、シャワー室） | | m ² | | |
| 建物の構造概要 | | | | | |
| 主な掲示事項 | | 療養病床に係る病棟 | 老人性認知症疾患療養病棟 | | |
| 入院患者の定員 | | 人 | 人 | | |
| 利用料（円） | 法定代理受領サービス分 | | | | |
| | 法定代理受領サービス分以外 | | | | |
| その他の費用（円） | | | | | |

備考1 「受付番号」の欄、「基準上の必要人数」の欄、「基準上の必要数値」の欄及び「適合の可否」の欄は、記載しないでください。

- 2 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。
- 3 「主な掲示事項」については、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 次の事項を記載した書類を添付してください。
 - (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - (2) 病院の使用許可証又は使用承認書の写し
 - (3) 申請に係る施設の従業者の勤務体制及び勤務形態

- (4) 建物の平面図（各室の用途を明示するもの）
 - (5) 療養室ごとの面積
 - (6) 設備等の概要
 - (7) 併設する施設の概要
 - (8) 運営規程
 - (9) 入院患者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (10) 申請に係る資産の状況
 - (11) 精神保健福祉士等に準ずる者の経歴
 - (12) 法第107条第3号各号に該当しないことを誓約する書面
 - (13) 役員の氏名、生年月日及び住所
 - (14) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号
- 5 介護保険法施行細則第37条の規定に基づく更新の申請を行おうとする場合は、この様式中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。
- 6 介護保険法施行細則第37条の規定に基づく更新の申請を行おうとする事業者が既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
- (1) 病棟の種類
 - (2) 建物の構造概要
 - (3) 当該申請に係る病棟又は病室における推定入院患者数
 - (4) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (5) 上記4（1）から（11）までに掲げる事項

(指定介護療養型医療施設の指定の申請の場合 (診療所用))

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|------------------------|-------------------------------|----------------|-------------------|-------------------|----|---------|----|
| 施設 | フリガナ 名称 | ----- | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | |
| 設 | 連絡先 | 電話番号 | | F A X 番号 | | | | | |
| | 申請に係る事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項 | | | | 第 | 条 | 第 | 項 | |
| 診療所の開設年月日 | | | | | | | | | |
| 管 理 者 | フリガナ 氏名 | ----- | 住所 | (郵便番号 -) | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | |
| | 申請に係る指定介護療養型医療施設で兼務する場合には、その職種 | | | | | | | | |
| | 兼務する同一敷地内の他の 事業所又は施設等 | 名称 | | | | | | | |
| | | 兼務する職種及 び勤務時間等 | | | | | | | |
| 療養病床に係る病室 の病床数 | 申請に係る病室の 病床数 | 申請に係る病室における推定入院患 者数 | 適用区分 (該当するものに○印を付けて ください。) | | | | | | |
| | | | うち 要介護者数 | 完全型 | 転換型 | | | | |
| 床 | 床 | 人 | 人 | | | | | | |
| 従業者の職種及び員数 | | 看護職員 | | 介護職員 | | 理学療法士・ 作業療法士 | | 介護支援専門員 | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 療 養 病 床 に 係 る 病 室 | 従事 人数 | 常勤 (人) | | | | | | | |
| | | 非常勤 (人) | | | | | | | |
| | 常勤換算後の人数 (人) | | | | | | | | |
| | 基準上の必要人数 (人) | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | |
| 設備基準上の数値記載項目 | | | | | 基準上の必要数値 | 適合の可否 | | | |
| 病 室 | 1室当たりの最大病床数 | | | 人 | | 人以下 | | | |
| | 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 | | | |
| 機能訓練室 | | | m ² | | m ² 以上 | | | | |
| 談話室 | | | m ² | 必要な広さ | | | | | |
| 食堂の面積 | | | m ² | | m ² 以上 | | | | |
| 浴室 (浴室を設けない場合に あつては、シャワー室) | | | m ² | | | | | | |

| | | | | |
|------------------------|---------|---------------|--|--|
| | 建物の構造概要 | | | |
| 主な 掲 示 事 項 | 入院患者の定員 | 人 | | |
| | 利用料（円） | 法定代理受領サービス分 | | |
| | | 法定代理受領サービス分以外 | | |
| その他の費用（円） | | | | |

備考1 「受付番号」の欄、「基準上の必要人数」の欄、「基準上の必要数値」の欄及び「適合の可否」の欄は、記載しないでください。

- 2 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。
- 3 「主な掲示事項」については、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 次の事項を記載した書類を添付してください。
 - (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等（申請者が法人の場合に限る。）
 - (2) 診療所の使用許可証の写し
 - (3) 申請に係る施設の従業者の勤務体制及び勤務形態
 - (4) 建物の平面図（各室の用途を明示するもの）
 - (5) 療養室ごとの面積
 - (6) 設備等の概要
 - (7) 併設する施設の概要
 - (8) 運営規程
 - (9) 入院患者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (10) 申請に係る資産の状況
 - (11) 法第107条第3号各号に該当しないことを誓約する書面
 - (12) 役員の氏名、生年月日及び住所
 - (13) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号
- 5 介護保険法施行細則第37条の規定に基づく更新の申請を行おうとする場合は、この様式中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。
- 6 介護保険法施行細則第37条の規定に基づく更新の申請を行おうとする事業者が既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
 - (1) 病棟の種類
 - (2) 建物の構造概要
 - (3) 当該申請に係る病室における推定入院患者数
 - (4) 管理者の氏名、生年月日及び住所
 - (5) 上記4（1）から（10）までに掲げる事項

(A4)

年 月 日

岩手県知事 様

主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の氏名 印
 （個人にあつては、住所及び氏名）

指定介護療養型医療施設指定変更申請書

指定介護療養型医療施設の指定の変更をしたいので、介護保険法第108条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

| | | | |
|---|--|---|-------|
| | | 介護保険事業者番号 | |
| 1 | 施設の名称 | | |
| 2 | 施設の開設の場所 | | |
| 3 | 開設者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名、生年月日、住所及び職名（法人以外の場合にあつては、開設者の氏名、生年月日、住所及び職名） | | |
| 4 | 施設の類型 | 1 療養病床を有する病院 2 療養病床を有する診療所 3 老人性認知症患者療養病棟を有する病院 | |
| 5 | 入院患者の推定数（当該申請に係る事業を行おうとする部分に係るものに限る。） | | |
| 6 | 入院患者の定員（申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。） | (変更前) | (変更後) |

備考1 「施設の類型」の欄の該当する番号を○で囲んでください。

2 次の書類を添付してください。

- (1) 施設の使用許可証（当該申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。）の写し
- (2) 建物の構造概要及び平面図（当該申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。）並びに設備の概要
- (3) 申請に係る事業の従業者の勤務体制及び勤務形態

年 月 日

岩手県 保健所長 様

主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の氏名 印
 （個人にあつては、住所及び氏名）

指定介護療養型医療施設変更届

指定介護療養型医療施設の開設者の住所等に変更があつたので、介護保険法（以下「法」という。）
 第 111 条の規定により、次のとおり届け出ます。

| | | | |
|-------------|---|-----------|-----------------|
| | | 介護保険事業者番号 | : : : : : : : : |
| 指定内容を変更した施設 | | 名称 | |
| | | 所在地 | |
| 変更があつた事項 | | 変更の内容 | |
| 1 | 施設の名称 | (変更前) | |
| 2 | 施設の開設の場所 | | |
| 3 | 開設者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 （法人以外の場合にあつては開設者の氏名、生年月日、住所及び職名） | | |
| 4 | 定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等（開設者が法人である場合における申請に係る指定事業に関するものに限る。） | (変更後) | |
| 5 | 病棟の種類 | | |
| 6 | 併設する施設の概要 | | |
| 7 | 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要 | | |
| 8 | 管理者の氏名、生年月日及び住所 | | |
| 9 | 運営規程 | | |
| 10 | 役員の氏名、生年月日及び住所 | | |
| 11 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | |
| 変更年月日 | | 年 月 日 | |

- 備考 1 該当する番号を○で囲んでください。
 2 変更があつた事項に応じて必要な関係書類を添付してください。
 3 代表者、開設者又は管理者の変更若しくは役員の変更に伴うものは、法第 107 条第 3 項各号（法第 107 条の 2 第 4 項において準用する場合も含む。）に該当しないことを誓約する書面を添付してください。

年 月 日

振興局長 様
(岩手県 保健所長)

主たる事務所の所在地
名称
代表者の氏名 印
(個人にあっては、住所及び氏名)

指定辞退届

指定介護老人福祉施設（指定介護療養型医療施設）の指定を辞退したいので、介護保険法第 91 条（第 113 条）の規定により、次のとおり届け出ます。

| 介護保険事業者番号 | |
|--------------------|-------|
| 指定を辞退する施設の名称及び所在地 | 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。

年 月 日

岩手県知事 様

主たる事務所の所在地

名称

代表者の氏名

㊟

指定調査機関指定申請書

指定調査機関の指定を受けたいので、介護保険法第115条の30第2項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

1 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及び住所

- (1) 申請者の名称
- (2) 主たる事務所の所在地
- (3) 代表者の氏名及び住所

2 当該申請に係る事業の開始予定年月日

備考 次の事項を記載した書類を添付してください。

- (1) 調査事務を行う事務所の名称及び所在地（様式1）
- (2) 申請者の定款、寄附行為及びその登記事項証明書又は条例等
- (3) 当該申請の属する事業年度の直前の事業年度における貸借対照表及び損益計算書
- (4) 当該申請の属する事業年度及び翌事業年度の事業計画書及び収支予算書
- (5) 当該申請に係る意思の決定を証する書類（様式2）
- (6) 役員の名及び経歴、法人の種類に応じて介護保険法施行規則第140条の38第1項各号に定める構成員の氏名（構成員が法人である場合には、その法人の名称）並びに構成員の構成割合（様式3）
- (7) 現に行っている業務の概要を記載した書類
- (8) 調査事務の実施方法に関する計画を記載した書類（様式4-1、2）
- (9) 申請者が介護保険法施行令第37条の6各号に該当しないものであることを誓約する書面
- (10) 調査を行おうとする介護サービスの種類、当該調査を行おうとする介護サービスの種類ごとの調査実施可能件数及び調査員（介護保険法第115条の31第2項に規定する調査員をいう。）の数（様式5）
- (11) 調査に関する苦情を処理するために講ずる措置の概要（様式6）
- (12) その他指定に関し知事が必要と認める事項

様式 1

調査事務を行う事務所の名称及び所在地

| 番号 | 事務所の名称 | 電話番号 | 所在地 |
|----|--------|------|-----|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

備考 主たる事務所について、番号を○で囲んでください。

(A4)

様式 2

当該申請に係る意思の決定を証する書類

| | | |
|--------------------|----------------|-----------|
| 調査事務に関する事項 の決定 | 決定方法 | |
| | 決定方法を 定めた規定 | |
| 調査事務に関する第三 者委員会 | 設置 | (有 ・ 無) |
| | 設置を定め た規定 | |
| | 名称 | |

備考 調査事務に関する第三者委員会を設置している場合には、委員の氏名、役職等を記載した名簿を提出してください。

(A4)

様式 3

構成員の氏名及び構成割合

- 1 民法第34条の規定に基づき設立された法人、合名会社、合資会社及び有限会社の場合は、社員名簿を提出してください。(社員とは、民法、商法又は有限会社法上の社員であり、従業員ではありません。)
- 2 財団法人にあつては、基本財産の構成を証する書類を提出してください。
- 3 構成員が株主である場合には、次の表に記載してください。
 - (1) 発行済み株式総数の100分の5以上の株式を有する株主のみを記載してください。
 - (2) 「構成割合」の欄には、出資比率、持ち株比率等を記載してください。
 - (3) 「介護サービスを提供している者」の欄には、構成員が、介護サービス事業者である場合、番号を○で囲むとともに、当該介護サービスの概要とその構成員の役割を確認できる書類を提出してください。

| 番号 | 氏名又は名称 | 構成割合 | 介護サービスを提供する者 |
|----|--------|------|--------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

- 4 その他の法人にあつては、これに準じて取り扱ってください。
- 5 法人の役員のうち、介護サービスを現に提供する事業者の役員、役員であった者及び職員並びに当該役員又は職員の配偶者及び三親等以内の家族の者は、次の表に記載してください。

| 番号 | 氏名 | 職名 |
|----|----|----|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

(A4)

様式 4 - 1

調査の実施の方法に関する計画

| | | | |
|-------------------|---------------|----------------------|------|
| 営業日時 | 曜 日 | | |
| | 時 間 | | |
| 定休日 | | | |
| 調査を実施する期間 | 通年の対応が可能 | | 可・不可 |
| | その他 | | |
| 調査を実施する範囲 | 都道府県内全域の対応が可能 | | 可・不可 |
| | その他 | | |
| 調査員が1週間当たり勤務すべき日数 | 1 | 勤務形態 () | 週 日 |
| | | 専従 ・ 兼務している業務の内容 () | |
| | 2 | 勤務形態 () | 週 日 |
| | | 専従 ・ 兼務している業務の内容 () | |
| | 3 | 勤務形態 () | |
| | | 専従 ・ 兼務している業務の内容 () | |
| 調査員の調査体制 | | | |
| 調査の検証体制 | | | |
| 今後の調査員の確保の見込み等 | | | |

備考1 「調査員が1週間当たり勤務すべき日数及び時間数」の欄には、調査員の勤務形態ごとに記載してください。

2 「調査員の調査体制」の欄には、調査員の組み合わせ等を記載してください。

3 「調査の検証体制」の欄には、調査のノウハウ等を定期的に共有できる方法等を記載してください。

4 「今後の調査員の確保の見込み」の欄には、調査事務の対象となるサービスを追加したときの対応について記載してください。

(A4)

| 調査員名簿 | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----|------|------------------------|----------------------------------|------|--------|------|------|--------------------------------------|--------|--------|----------|----------|
| 登録番号 | 氏名 | 生年月日 | 勤務形態 (常勤・非常勤・専従・兼務) | 介護サービスに関する知識をあらかじめ有する者(介護支援専門員等) | 訪問介護 | 訪問入浴介護 | 訪問看護 | 通所介護 | 特定入居者生活介護(軽費老人ホーム及び有料老人ホームに係るものに限る。) | 福祉用具貸与 | 居宅介護支援 | 介護老人福祉施設 | 介護老人保健施設 |
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | |

- 備考1 「勤務形態の欄」には、常勤・非常勤及び専従・兼務の別を記載してください。
- 2 「介護サービスに関する知識をあらかじめ有する者」の欄には、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、訪問介護員及び知事がこれらに準ずる者として認められた者については、○印を記載してください。
- 3 「調査可能な各介護サービス」の欄に○印を記載してください。

(A4)

調査を行おうとする介護サービス、調査実施可能件数及び調査員数

| 番号 | 介護サービス | 調査員数（うちあらかじめ知識を有する者） |
|----|--|----------------------|
| 1 | 訪問介護 | () |
| 2 | 訪問入浴介護 | () |
| 3 | 訪問看護 | () |
| 4 | 通所介護 | () |
| 5 | 特定施設入居者生活介護 （軽費老人ホーム及び有料 老人ホームに係るものに限 る。） | () |
| 6 | 福祉用具貸与 | () |
| 7 | 居宅介護支援 | () |
| 8 | 介護老人福祉施設 | () |
| 9 | 介護老人保健施設 | () |

| | |
|------------|--|
| 年間調査実施可能件数 | |
| その算定方法 | |

(A4)

様式6

調査に関する苦情を処理するために講ずる措置の概要

| | | |
|----------|-----------|--|
| 苦情の受付の方法 | 電話番号 | |
| | FAX番号 | |
| | 電子メールアドレス | |

| | | |
|-------------|----------|--|
| 苦情の対応責任者 | 職 名 | |
| | 氏 名 | |
| 苦情の記録の方法 | | |
| 苦情に対する対応の方法 | 利用者からの苦情 | |
| | 事業者からの苦情 | |

(A 4)

様式第45号 (第42条関係)

年 月 日

岩手県知事 様

主たる事務所の所在地

名称

代表者の氏名

㊟

指定調査機関名称等変更届

介護保険法施行令第37条の8第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

1 変更内容

| 変更前 | 変更後 |
|-----|-----|
| | |

2 変更年月日

(A 4)

様式第46号 (第43条関係)

年 月 日

岩手県知事

様

主たる事務所の所在地

名称

代表者の氏名

㊟

指定調査機関調査事務規程（変更）認可申請書

指定調査機関調査事務規程の（変更）認可を受けたいので、介護保険法施行令第37条の10第1項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

- 1 認可申請の場合、次の事項を記載した書類を添付してください。
 - (1) 調査事務を行う時間及び休日に関する事項
 - (2) 調査事務を行う事務所に関する事項
 - (3) 手数料の収納の方法に関する事項
 - (4) 調査事務の実施の方法に関する事項
 - (5) 調査事務に関する帳簿（介護保険法第115条の33に規定する帳簿をいう。）の管理に関する事項
- 2 変更認可申請の場合、次の事項を記載してください。

- (1) 変更内容

| 変更前 | 変更後 |
|-----|-----|
| | |

- (2) 変更年月日
- (3) 変更理由

(A 4)

様式第47号（第44条関係）

（第一面）

年 月 日

岩手県知事

様

主たる事務所の所在地

名称

代表者の氏名

㊟

調査員養成研修を行う者に係る指定申請書

調査員養成研修を行う者に係る指定を受けたいので、介護保険法施行令第37条の14第4

項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

- 1 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及び住所
 - (1) 申請者の名称
 - (2) 主たる事務所の所在地
 - (3) 代表者の氏名及び住所
- 2 調査員養成研修の名称
- 3 調査員養成研修を行う施設の所在地
- 4 当該申請に係る事業の開始予定年月日

備考 次の事項を記載した書類を添付してください。

- (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- (2) 当該申請の日の属する事業年度及び翌事業年度における事業計画書
- (3) 当該申請の事業に係る資産の状況
- (4) 受講料その他調査員養成研修の受講者から受領する金額及び算出根拠を示す書類
- (5) 調査員養成研修の課程
- (6) 講師一覧
- (7) その他指定に関し知事が必要と認める事項

(A 4)

(第二面)
講師一覧

| 講師氏名 | 担当科目 | 経歴 | 備考 |
|------|------|---|----|
| | | 現職名： <hr/> 職歴： 年～ 年～ その他参考事項： <hr/> 資格： (取得 年 月) (取得 年 月) | |
| | | 現職名： | |

| | | | |
|--|--|-----------------------------|--|
| | | 職歴： 年～ 年～ その他参考事項： | |
| | | 資格： (取得 年 月) (取得 年 月) | |
| | | 現職名： | |
| | | 職歴： 年～ 年～ その他参考事項： | |
| | | 資格： (取得 年 月) (取得 年 月) | |

(A 4)

様式第48号 (第45条関係)

(第一面)

年 月 日

岩手県知事

様

主たる事務所の所在地

名称

代表者の氏名

㊟

調査員養成研修を行う者に係る変更 (廃止) 承認申請書

介護保険法施行令第37条の14第4項第3号イの規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

申請事項

(変更の場合)

1 変更内容

| | |
|-----|-----|
| 変更前 | 変更後 |
|-----|-----|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

2 変更年月日

3 変更理由

備考 次の事項を記載した書類を添付してください。

(1) 介護保険法施行規則第140条の45第1項第8号を変更する場合は、変更理由及び受講料等積算内容を示す書類

(2) 介護保険法施行規則第140条の45第1項第9号を変更する場合は、変更後の講師一覧

(廃止の場合)

1 廃止年月日

2 廃止理由

(A4)

(第二面)

講師一覧

| 講師氏名 | 担当科目 | 経歴 | 備考 |
|------|------|-------------------------------|----|
| | | 現職名 : | |
| | | 職歴 : 年～ 年～ その他参考事項 : | |
| | | 資格 : (取得 年 月) (取得 年 月) | |
| | | 現職名 : | |
| | | 職歴 : 年～ 年～ その他参考事項 : | |

| | | | |
|--|--|-----------------------------|--|
| | | 資格： (取得 年 月) (取得 年 月) | |
| | | 現職名： | |
| | | 職歴： 年～ 年～ その他参考事項： | |
| | | 資格： (取得 年 月) (取得 年 月) | |

(A 4)

様式第49号 (第46条関係)

年 月 日

岩手県知事

様

主たる事務所の所在地

名称

代表者の氏名

㊟

調査員養成研修を行う者に係る名称等変更届

介護保険法施行令第37条の14第4項第3号ロの規定により、次のとおり届け出ます。

1 変更内容

| 変更前 | 変更後 |
|-----|-----|
| | |

2 変更年月日

備考 介護保険法施行規則第140条の45第1項第4号が変更になった場合は、変更理由、新旧対照表及び変更後の定款等を添付してください。

(A 4)

様式第50号 (第47条関係)

年 月 日

岩手県知事 様

主たる事務所の所在地
名称
代表者の氏名 ㊟

指定調査機関業務休廃止許可申請書

介護保険法第115条の35の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

- 1 休止（又は廃止）年月日
- 2 休止（又は廃止）理由
- 3 休止予定期間

備考 休止（又は廃止）に当たり、調査事務の引継ぎを行う事項（内容、方法、日程等）を記載した書類を添付してください。

(A4)

様式第51号（第48条関係）

年 月 日

岩手県知事 様

主たる事務所の所在地
名称
代表者の氏名 ㊟

指定情報公表センター指定申請書

指定情報公表センターの指定を受けたいので、介護保険法第115条の36第2項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

- 1 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及び住所
 - (1) 申請者の名称
 - (2) 主たる事務所の所在地
 - (3) 代表者の氏名及び住所

- 2 当該申請に係る事業の開始予定年月日

備考 次の事項を記載した書類を添付してください。

- (1) 情報公表事務を行う事務所の名称及び所在地（様式1）
- (2) 申請者の定款、寄附行為及びその登記事項証明書又は条例等

- (3) 当該申請の属する事業年度の直前の事業年度における貸借対照表及び損益計算書
- (4) 当該申請の属する事業年度及び翌事業年度の事業計画書及び収支予算書
- (5) 当該申請に係る意思の決定を証する書類（様式2）
- (6) 役員の氏名及び経歴、法人の種類に応じて介護保険法施行規則第140条の48第1項各号に定める構成員の氏名（構成員が法人である場合には、その法人の名称）並びに構成員の構成割合（様式3）
- (7) 現に行っている業務の概要を記載した書類
- (8) 情報公表事務の実施の方法に関する計画を記載した書類（様式4）
- (9) 申請者が介護保険法施行令第37条の15第2項において準用する同令第37条の6各号に該当しないものであることを誓約する書面
- (10) 情報公表事務に関する苦情を処理するために講ずる措置の概要（様式5）

(A4)

様式1

情報公表事務を行う事務所の名称及び所在地

| 番号 | 事務所の名称 | 電話番号 | 所在地 |
|----|--------|------|-----|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

備考 主たる事務所について、番号を○で囲んでください。

(A4)

様式2

当該申請に係る意思の決定を証する書類

| | | |
|----------------------|----------------|-----------|
| 情報公表事務に関する 事項の決定 | 決定方法 | |
| | 決定方法を 定めた規定 | |
| 情報公表事務に関する 第三者委員会 | 設 置 | (有 ・ 無) |
| | 設置を定め た規定 | |
| | 名 称 | |

備考 情報公表事務に関する第三者委員会を設置している場合には、委員の氏名、
役職等を記載した名簿を提出してください。

(A4)

様式3

構成員の氏名及び構成割合

- 1 民法第34条の規定に基づき設立された法人、合名会社、合資会社及び有限会社の場合、社員名簿を提出してください。(社員とは、民法、商法又は有限会社法上の社員であり、従業員ではありません。)
- 2 財団法人にあっては、基本財産の構成を証する書類を提出してください。
- 3 構成員が株主である場合は、次の表に記載してください。
 - (1) 発行済み株式総数の100分の5以上の株式を有する株主のみを記載してください。
 - (2) 「構成割合」の欄には、出資比率、持ち株比率等を記載してください。
 - (3) 「介護サービスを提供している者」の欄には、構成員が、介護サービス事業者である場合、番号を○で囲むとともに、当該介護サービスの概要とその構成員の役割を確認できる書類を提出してください。

| 番号 | 氏名又は名称 | 構成割合 | 介護サービスを提供する者 |
|----|--------|------|--------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 5 | | | |
|---|--|--|--|

4 その他の法人にあっては、これに準じて取り扱ってください。

5 法人役員のうち、介護サービスを現に提供する事業者の役員、役員であった者及び職員並びに当該役員又は職員の配偶者及び三親等以内の家族の者は、次の表に記載してください。

| 番号 | 氏名 | 職名 |
|----|----|----|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

(A4)

様式4

情報公表事務の実施の方法に関する計画

| | | | | |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------|--|
| 営業日時 | 曜日 | | | |
| | 時間 | | | |
| 定休日 | | | | |
| 介護サービス 情報公表シス テムに関する 事項 | 管理者の氏名及び職 名 | | | |
| | サーバー等の設備状 況 | | | |
| | 1日当たりのアクセ ス数の見込み | | アクセス限界 数の見込み | |
| | セキュリティに関す る事項 | | | |
| | システム障害時の対 応 | | | |
| | 他のシステムとの連 携状況 | | | |
| 上記以外の介 護サービス情 報の公表方法 に関する事項 | | | | |

| | |
|-------------|--|
| 情報の管理に関する事項 | |
|-------------|--|

(A4)

様式5

情報公表に関する苦情を処理するために講ずる措置の概要

| | | |
|------------|-----------|--|
| 苦情の受付方法 | 電話番号 | |
| | FAX番号 | |
| | 電子メールアドレス | |
| 苦情の対応責任者 | 職名 | |
| | 氏名 | |
| 苦情の記録方法 | | |
| 苦情に対する対応方法 | 利用者からの苦情 | |
| | 事業者からの苦情 | |

(A4)

様式第52号（第49条関係）

年 月 日

岩手県知事

様

主たる事務所の所在地
名称

代表者の氏名

㊟

指定情報公表センター名称等変更届

介護保険法施行令第37条の15第2項において準用する同令第37条の8第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

1 変更内容

| 変更前 | 変更後 |
|-----|-----|
| | |

2 変更年月日

(A 4)

様式第53号 (第50条関係)

年 月 日

岩手県知事

様

主たる事務所の所在地

名称

代表者の氏名

㊟

指定情報公表センター情報公表事務規程 (変更) 認可申請書

指定情報公表センター情報公表事務規程の (変更) 認可を受けたいので、介護保険施行令第37条の15第2項において準用する同令第37条の10第1項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

1 認可申請の場合、次の事項を記載した書類を添付してください。

- (1) 情報公表事務を行う時間及び休日に関する事項
- (2) 情報公表事務を行う事務所に関する事項
- (3) 手数料の収納の方法に関する事項
- (4) 情報公表事務の実施の方法に関する事項
- (5) 情報公表事務に関する帳簿の管理に関する事項

2 変更認可申請の場合、次の事項を記載してください。

(1) 変更内容

| 変更前 | 変更後 |
|-----|-----|
| | |

(2) 変更年月日

(3) 変更理由

(A4)

様式第54号 (第51条関係)

年 月 日

岩手県知事

様

主たる事務所の所在地

名称

代表者の氏名

㊟

指定情報公表センター業務休廃止許可申請書

介護保険法第115条の36第3項において準用する同法第115条の35の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

- 1 休止（又は廃止）年月日
- 2 休止（又は廃止）理由
- 3 休止予定期間

備考 休止（又は廃止）に当たり、情報公表事務の引継ぎを行う事項（内容、方法、日程等）を記載した書類を添付してください。

(A4)

附 則

- 1 この規則は、平成18年4月1日から施行する。
- 2 この規則による改正後の介護保険法施行細則（以下「改正後の規則」という。）に定める様式は、この規則の施行の日以後に提出する申請書等について適用し、同日前に提出した申請書等については、なお従前の例による。
- 3 介護保険法等の一部を改正する法律（平成17年法律第77号）附則第12条の規定により、同法による改正後の介護保険法（平成9年法律第123号）第69条の7第1項の規定により介護支援専門員証の交付を受けたものとみなされた者が、介護保険法施行令等の一部を改正する政令（平成18年政令第154号）附則第6条の規定による経過期間終了日前に行う同法第69条の7第1項の申請は、改正後の規則第14条の規定にかかわらず、改正後の規則第16条に規定する介護支援専門員証再交付申請書により行わなければならない。