

第1号様式

指定居宅サービス事業所
 指定介護予防サービス事業所
 介護保険施設

指定(許可)申請書

年 月 日

知事 殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(許可)を受けたいので、下記のとおり、
 関係書類を添えて申請します。

申 請 者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)		都 道 市 区	府 県 町 村	
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号		
	法人等の種類	Email				
	代表者の職名・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 -)		都 道 市 区	府 県 町 村		
法人の吸収合併又は吸収分割における指定(許可)申請時に <input checked="" type="checkbox"/>						
指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類の種類	同一所在地において行う事業等の種類	共生型サービス申請時に <input checked="" type="checkbox"/>	指定(許可)申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(許可)を受けている事業等(該当事業に○)	指定(許可)申請をする事業等の開始予定年月日	様 式
	訪問介護	<input type="checkbox"/>				付表1
	訪問入浴介護					付表2
	訪問看護					付表3
	訪問リハビリテーション					付表4
	居宅療養管理指導					付表5
	通所介護	<input type="checkbox"/>				付表6
	通所リハビリテーション					付表7
	短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>				付表8
	短期入所療養介護					付表9
	特定施設入居者生活介護					付表10
	福祉用具貸与					付表11
	特定福祉用具販売					付表12
	介護老人福祉施設					付表13
	介護老人保健施設					付表14
	介護医療院					付表15
	介護予防訪問入浴介護					付表2
	介護予防訪問看護					付表3
	介護予防訪問リハビリテーション					付表4
	介護予防居宅療養管理指導					付表5
介護予防通所リハビリテーション					付表7	
介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>				付表8	
介護予防短期入所療養介護					付表9	
介護予防特定施設入居者生活介護					付表10	
介護予防福祉用具貸与					付表11	
特定介護予防福祉用具販売					付表12	
介護保険事業所番号	(既に指定又は許可を受けている場合)					
医療機関コード等	(保険医療機関として指定を受けている場合)					

* 裏面に記載に関しての備考があります。

備考

- 1 「指定(許可)申請対象事業等」「既に指定(許可)を受けている事業等」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 2 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。
- 3 既に居宅サービス事業所または介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業者が、他方の居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始予定年月日」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。
- 4 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 5 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本 登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。

指定を不要とする旨の届出書

年 月 日

知事 殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。

	介護保険事業所番号
	医療機関コード等
開設者	名称	
	施設種別	
	所在地	
管理者	氏名	
	住所	
申出に係る居宅サービスの種類	<input type="checkbox"/>	訪問看護
	<input type="checkbox"/>	介護予防訪問看護
	<input type="checkbox"/>	訪問リハビリテーション
	<input type="checkbox"/>	介護予防訪問リハビリテーション
	<input type="checkbox"/>	居宅療養管理指導
	<input type="checkbox"/>	介護予防居宅療養管理指導
	<input type="checkbox"/>	通所リハビリテーション
	<input type="checkbox"/>	介護予防通所リハビリテーション
	<input type="checkbox"/>	短期入所療養介護
	<input type="checkbox"/>	介護予防短期入所療養介護

備考 申し出を行う居宅サービスについて○印を付してください。

変更届出書

年 月 日

知事 殿

所在地

申請者

名称

代表者職名・氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		介護保険事業所番号			
指定内容を変更した事業所等		名称				
		所在地				
サービスの種類						
変更年月日		年	月 日			
変更があった事項(該当に○)		変更の内容				
事業所(施設)の名称	(変更前)					
事業所(施設)の所在地						
申請者の名称						
主たる事務所の所在地						
法人等の種類						
代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所						
登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)						
共生型サービスの該当有無						
事業所(施設)の建物の構造、専用区画等						
備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業)						
利用者の推定数						
事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所 (介護老人保健施設は、事前に承認を受ける。)						
サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴				(変更後)		
運営規程						
協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関						
事業所の種別						
提供する居宅療養管理指導の種類						
事業実施形態 (本体施設が特別養護老人ホームの場合の 空床型・併設型の別)						
利用者、入所者又は入院患者の定員						
福祉用具の保管・消毒方法 (委託している場合にあつては、委託先の状況)						
併設施設の状況等						
介護支援専門員の氏名及びその登録番号						

備考 1 「(参考)変更届への標準添付書類一覧」を確認し、必要書類を添付してください。
 2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。
 なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の(変更前)と(変更後)欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

第3号の2様式

再開届出書

年 月 日

知事 殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号
再開した事業所	名称	
	所在地	
サービスの種類		
再開した年月日	年	月 日

備考 事業の再開に係る届出にあつては、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)を添付してください。

第4号様式

廃止・休止届出書

年 月 日

知事 殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

	介護保険事業所番号
廃止(休止)する事業所	名称	
	所在地	
サービスの種類		
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止	
廃止・休止する年月日	年 月 日	
廃止・休止する理由		
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置		
休止予定期間	休止日 ~ 年 月 日	

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

介護老人保健施設・介護医療院 開設許可事項変更申請書

年 月 日

知事 殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり開設許可事項の変更の許可を申請します。

		介護保険事業所番号
申請に係る施設		名称	
		所在地	
開設許可年月日		年	月 日
変更年月日		年	月 日
変更事項(該当に○)		変更の内容	
	敷地面積	(変更前)	
	建物建造		
	施設の共用の場面の利用計画		
	運営規則(職種・員数・職務内容・入所定員の増加に関する部分に限る。)	(変更後)	
	協力病院の変更		

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

介護老人保健施設・介護医療院 管理者承認申請書

年 月 日

知事 殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり管理者の承認を申請します。

	介護保険事業所番号
申請に係る施設	名称	
	所在地	
管理者になろうとする者の氏名、 住所及び資格	氏名	
	住所	
	資格	
管理者就任予定日	年	月 日
申請理由(該当に○)	<input type="checkbox"/>	新規開設のため
	<input type="checkbox"/>	管理者の変更のため

備考 管理者になろうとする者の経歴等を添付してください。

第8号様式

介護老人保健施設・介護医療院 広告事項許可申請書

年 月 日

知事 殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり広告の許可を申請します。

介護保険事業所番号	
許可を受けようとする広告事項	
広告の内容	
広告の方法	

指定介護療養型医療施設指定変更申請書

年 月 日

知事 殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり指定の変更を申請します。

	介護保険事業所番号
申請に係る施設	名称	
	所在地	
当該申請に係る施設の指定介護療養型医療施設の類型 (該当に○)	<input type="checkbox"/>	療養病床を有する病院
	<input type="checkbox"/>	療養病床を有する診療所
	<input type="checkbox"/>	老人性認知症患者療養病棟を有する病院
入院患者の推定数 (申請にかかる事業を行う部分に限る。)	人	
入院患者の定員 (申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。)	(変更前)	(変更後)
	人	人

- 備考 1 「当該申請に係る施設の指定介護療養型医療施設の類型」については、当該項目番号に○を付してください。
- 2 以下の書類を添付(当該申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。)してください。
- (1) 施設の使用許可書の写し
 - (2) 建物の構造概要及び平面図ならびに設備の概要
 - (3) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態

指定居宅サービス事業所
 指定介護予防サービス事業所
 介護保険施設

指定(許可)更新申請書

年 月 日

知事 殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(許可)の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ 名称	-----		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村		
	連絡先	電話番号 (内線)	FAX番号	
	代表者の職名・氏名・生年月日	Email		
		職名	フリガナ 氏名	生年月日
代表者の住所	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村			
事業所	事業等の種類		介護保険事業所番号
	指定有効期間満了日			
	フリガナ 名称	-----		
	所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村		
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき			
フリガナ 名称	-----			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村		
管理者	フリガナ 氏名		生年月日	
	住所	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村		

備考 1 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本 登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。
 2 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。
 3 「当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

- 別添 1 誓約書(参考様式6)
 2 介護支援専門員一覧(参考様式7)