

指定居宅サービス事業所
 介護保険施設
 指定介護予防サービス事業所

指定(許可)申請書

年 月 日

知事(市長)殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

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

法人番号

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					
代表者(開設者)の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ氏名	生年月日			
代表者(開設者)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

指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類	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
訪問入浴介護					付表第一号(二)	
訪問看護					付表第一号(三)	
訪問リハビリテーション					付表第一号(四)	
居宅療養管理指導					付表第一号(五)	
通所介護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(六)	
通所リハビリテーション					付表第一号(七)	
短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(八)(九)(十)	
短期入所療養介護					付表第一号(十一)	
特定施設入居者生活介護					付表第一号(十二)	
福祉用具貸与					付表第一号(十三)	
特定福祉用具販売					付表第一号(十四)	
介護老人福祉施設					付表第一号(十五)	
介護老人保健施設					付表第一号(十六)	
介護医療院					付表第一号(十七)	
介護予防訪問入浴介護					付表第一号(二)	
介護予防訪問看護					付表第一号(三)	
介護予防訪問リハビリテーション					付表第一号(四)	
介護予防居宅療養管理指導					付表第一号(五)	
介護予防通所リハビリテーション					付表第一号(七)	
介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(八)(九)(十)	
介護予防短期入所療養介護					付表第一号(十一)	
介護予防特定施設入居者生活介護					付表第一号(十二)	
介護予防福祉用具貸与					付表第一号(十三)	
特定介護予防福祉用具販売					付表第一号(十四)	
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)					

備考

- 1 「指定(許可)申請対象事業等」及び「既に指定(許可)を受けている事業等」の欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 2 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は訪問看護ステーションとして医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。
- 3 居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業所について、他方の居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所の指定を受ける場合であって、届出事項に変更がないときは、「事業所の名称及び所在地」、「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」、「当該申請に係る事業の開始予定年月日」、「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」、「介護支援専門員の氏名及び登録番号」及び「その他指定に関し必要と認める事項」を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 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
- 6 指定(許可)を受けようとする事業所(施設)の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。

指定居宅サービス事業所
 介護保険施設
 指定介護予防サービス事業所

指定(許可)更新申請書

年 月 日

所在地
 知事(市長)殿
 申請者 名称
 代表者職名・氏名

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

		法人番号											
申請者	フリガナ 名称												
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 都道 府県	-	市区 町村									
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号						
	代表者(開設者)の職 名・氏名・生年月日	職名	フリガナ 氏名			生年月日							
	代表者(開設者)の住所	(郵便番号 都道 府県	-	市区 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 府県	-	市区 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												
管理者	フリガナ 氏名					生年月日							
	住所	(郵便番号 都道 府県	-	市区 町村									

- 備考
- 「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
 - 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
 - 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。
 - 「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。

指定特定施設入居者生活介護指定変更申請書

年 月 日

所在地
知事(市長)殿
申請者 名称
代表者職名・氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定の変更を申請します。

		介護保険事業所番号																		
		法人番号																		
申請者	フリガナ 名称	-----																		
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 -)		都 道	市 区	府 県	町 村													
	連絡先	電話番号	(内線)						FAX番号											
		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														
事業所	フリガナ 名称	-----																		
	所在地	(郵便番号 -)		都 道	市 区	府 県	町 村													
変更内容	利用者の定員	変更前	人				変更後	人												
	変更予定年月日	年		月		日														
利用者の推定数 (変更後)	合計	人																		
	うち要介護者	人				うち要支援者	人													
協力医療機関	名称						主な診療科名													
	名称						主な診療科名													
	名称						主な診療科名													

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
2 以下の書類を添付してください。
(1)建物の構造概要及び平面図(各室の用途を明示するものとする。)並びに設備の概要
(2)当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態
(3)受託居宅サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地
(4)当該協力医療機関との契約の内容(協力歯科医療機関があるときは、その名称及び契約の内容を含む)

(参考) 指定特定施設入居者生活介護指定変更に係る記載事項不足時の資料

■ 協力医療機関

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

変更届出書

年 月 日

知事(市長)殿
 所在地
 申請者 名称
 代表者職名・氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号	
	法人番号	
指定内容を変更した事業所等	名称	
	所在地	
サービスの種類		
変更年月日	年	月 日
変更があった事項(該当に○)	変更の内容	
事業所(施設)の名称	(変更前)	
事業所(施設)の所在地		
申請者の名称		
主たる事務所の所在地		
法人等の種類		
代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名		
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)の建物の構造及び専用区画等		
備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業)		
利用者の推定数		
事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所 (介護老人保健施設は、事前に承認を受ける。)		
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
- 「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
 - 「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。

指定辞退届出書

年 月 日

知事(市長)殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業所番号																			
	法人番号																			
サービスの種類																				
指定を辞退する施設	名称																			
	所在地																			
指定を受けた年月日	年	月	日																	
指定を辞退する年月日	年	月	日																	
指定を辞退する理由																				
現に施設に入所している者に対する措置																				

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。
 ※本様式は、指定介護老人福祉施設の指定の辞退を行う際の届出書です。

介護老人保健施設・介護医療院 開設許可事項変更申請書

年 月 日

知事(市長)殿 所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり開設許可事項の変更の許可を申請します。

		介護保険事業所番号
		法人番号
申請に係る施設		名称	
		所在地	
開設許可年月日		年	月 日
変更年月日		年	月 日
変更事項(該当に○)		変更の内容	
	敷地面積	(変更前)	
	建物建造		
	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)	
	協力医療機関の変更		

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

介護老人保健施設・介護医療院 管理者承認申請書

年 月 日

知事(市長)殿 所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり管理者の承認を申請します。

	介護保険事業所番号
	法人番号
申請に係る施設	名称	
	所在地	
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。

付表第一号(一) 訪問介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村			
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号	
	Email				
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
	氏名				
	生年月日				
	訪問介護員等との兼務の有無			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称			
		兼務する職種及び勤務時間等			
共生型サービスの該当有無			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種・員数		訪問介護員等			
		専従	兼務		
		常勤(人)			
		非常勤(人)			
常勤換算後の人数(人)					
利用者の推定数(人)					
サービス提供責任者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
	氏名				
	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
	氏名				
添付書類	別添のとおり				

(訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村		
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号
		Email		

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 - 3 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。

(参考) 訪問介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供責任者

サービス提供 責任者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			

(訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -)	都道 府県	市区 町村	
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号	
		Email			

付表第一号(二) 訪問入浴・介護予防訪問入浴介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号					
	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村				
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏名					
	生年月日					
	当該訪問入浴介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)					
	同一敷地内の他の事業所又は施設の 従業者との兼務(兼務の場合のみ 記入)	名称				
		兼務する職種 及び勤務時間等				
協力医療機関	名称			主な診療科名		
	名称			主な診療科名		
	名称			主な診療科名		
○人員に関する基準の確認に必要な事項						
従業者の職種・員数	看護職員		介護職員			
	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤(人)					
	非常勤(人)					
利用者の推定数(人)						
添付書類	別添のとおり					

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

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

■協力医療機関

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

付表第一号(三) 訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号									
	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -)		都道 府県	市区 町村					
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号				
	Email									
事業所種別		<input type="checkbox"/> 病院		<input type="checkbox"/> 診療所		<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)					
	氏名									
	生年月日									
	当該訪問看護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)									
	同一敷地内の他の事業所又は施設の 従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)		名称							
		兼務する職種 及び勤務時間等								
利用者の推定数		人								
○人員に関する基準の確認に必要な事項										
従業者の職種・員数		看護師		保健師		准看護師		理学・作業療法士 言語聴覚士		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)								
		非常勤(人)								
※常勤換算後の人数(人)										
添付書類		別添のとおり								

(訪問看護・介護予防訪問看護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -)		都道 府県	市区 町村			
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号		
		Email						

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 2 ※欄は、訪問看護ステーションの場合のみ記入してください。
 - 3 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院又は診療所が行うものについては、法第71条第1項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
 - 4 管理者の兼務の状況については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 - 5 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。

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

(訪問看護・介護予防訪問看護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号	-)	
		都道 府県		市区 町村	
連絡先	電話番号		(内線)	FAX番号	
	Email				

付表第一号(四) 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号								
	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -)		都道 府県	市区 町村				
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号			
	Email								
事業所種別		<input type="checkbox"/> 病院		<input type="checkbox"/> 診療所		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設		<input type="checkbox"/> 介護医療院	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏名								
	生年月日								
利用者の推定数		人							
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		医師	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)									
非常勤(人)									
添付書類		別添のとおり							

(訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -)		都道 府県	市区 町村			
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号		
		Email						

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 2 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院又は診療所が行うものについては、法第71条第1項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。

(参考) 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

(訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村		
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号
	Email			

付表第一号（五） 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号										
	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村									
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号				
	Email										
事業所種別		<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 薬局									
居宅療養管理指導の種類		<input type="checkbox"/> 医師又は歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士									
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)				
	氏名										
	生年月日										
利用者の推定数		人									
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業者の職種・員数		医師		歯科医師		薬剤師		歯科衛生士		管理栄養士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)									
	非常勤(人)										
添付書類		別添のとおり									

- 備考 1 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院又は診療所若しくは保険薬局が行うものについては、法第 71 条第 1 項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
- 2 「従業者の職種・員数」欄の「歯科衛生士」には、保健師、看護師、准看護師を含みます。

付表第一号(六) 通所介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号								
	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -)		都 道 市 区		府 県 町 村			
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号			
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏名								
	生年月日								
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)								
	同一敷地内の他の事業所又は施設 の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)	名称							
		兼務する職種 及び勤務時間等							
共生型サービスの該当有無				<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無			
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積		m ²		利用定員(同時利用)		人			
サービス提供単位1	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)								
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間	平日		:		~		:	
		曜日ごとに異なる場合 記入	土曜日	:		~		:	
日曜日・祝日			:		~		:		
サービス提供時間	:		~		:				
利用定員	人								
サービス提供単位2	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)								
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間	平日		:		~		:	
		曜日ごとに異なる場合 記入	土曜日	:		~		:	
日曜日・祝日			:		~		:		
サービス提供時間	:		~		:				
利用定員	人								
サービス提供単位3	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	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)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間	平日		:		~		:	
		曜日ごとに異なる場合 記入	土曜日	:		~		:	
日曜日・祝日			:		~		:		
サービス提供時間	:		~		:				
利用定員	人								
添付書類	別添のとおり								

(通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -)		都 道	市 区					
		府 県		町 村						
連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号					
	Email									
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
		食堂及び機能訓練室の合計面積	m ²		利用定員(同時利用)	人				
サービス提供単位1	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
		その他(年末年始休日等)								
	営業時間	平日	:			~	:			
		曜日ごとに異なる場合	土曜日	:			~	:		
		記入	日曜日・祝日	:			~	:		
	サービス提供時間	:			~	:				
利用定員	人									
サービス提供単位2	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
		その他(年末年始休日等)								
	営業時間	平日	:			~	:			
		曜日ごとに異なる場合	土曜日	:			~	:		
		記入	日曜日・祝日	:			~	:		
	サービス提供時間	:			~	:				
利用定員	人									
サービス提供単位3	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
		その他(年末年始休日等)								
	営業時間	平日	:			~	:			
		曜日ごとに異なる場合	土曜日	:			~	:		
		記入	日曜日・祝日	:			~	:		
	サービス提供時間	:			~	:				
利用定員	人									
添付書類	平面図									

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 - 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
 - 4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。
 - 5 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

(参考) 通所介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

サービス提供単位4	○人員に関する基準の確認に必要な事項										
	従業者の職種・員数	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)										
	○設備に関する基準の確認に必要な事項										
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
		その他(年末年始休日等)									
	営業時間	:			~			:			
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:			~			:		
土曜日		:			~			:			
日曜日・祝日		:			~			:			
サービス提供時間	:			~			:				
利用定員	人										
サービス提供単位5	○人員に関する基準の確認に必要な事項										
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤(人)										
	非常勤(人)										
	○設備に関する基準の確認に必要な事項										
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
		その他(年末年始休日等)									
	営業時間	:			~			:			
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:			~			:		
土曜日		:			~			:			
日曜日・祝日		:			~			:			
サービス提供時間	:			~			:				
利用定員	人										

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村									
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号					
Email											
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡		利用定員(同時利用)			人			
サービス提供単位4	○設備に関する基準の確認に必要な事項										
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
		その他(年末年始休日等)									
	営業時間	:			~			:			
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:			~			:		
		土曜日	:			~			:		
		日曜日・祝日	:			~			:		
	サービス提供時間	:			~			:			
	利用定員	人									
	サービス提供単位5	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
		その他(年末年始休日等)									
営業時間		:			~			:			
曜日ごとに異なる場合記入		平日	:			~			:		
		土曜日	:			~			:		
		日曜日・祝日	:			~			:		
サービス提供時間		:			~			:			
利用定員		人									

付表第一号(七) 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号											
	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -)		都 道 市 区	府 県 町 村							
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号						
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)							
	氏名											
	生年月日											
事業所の種別 (1つに○)	病院											
	診療所(下記のを除く)											
	診療所(指定居宅等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第111条第1項の適用を受けるもの)											
	介護老人保健施設											
	介護医療院											
○人員に関する基準の確認に必要な事項												
従業者の職種・員数		医師										
		専従	兼務									
常勤(人)												
非常勤(人)												
○設備に関する基準の確認に必要な事項												
専用の部屋等の面積		㎡		利用定員(同時利用)		人						
サービス提供単位1	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		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)											
	非常勤(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	営業時間		: ~ :									
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ~ :									
土曜日		: ~ :										
日曜日・祝日		: ~ :										
サービス提供時間		: ~ :										
利用定員		人										
サービス提供単位2	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		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)											
	非常勤(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	営業時間		: ~ :									
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ~ :									
土曜日		: ~ :										
日曜日・祝日		: ~ :										
サービス提供時間		: ~ :										
利用定員		人										
添付書類		別添のとおり										

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 2 事業所の種別について、事業所が診療所である場合は、指定居宅等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第111条第1項の適用を受けるものを除き、「診療所(下記のを除く)」の欄に○をつけてください。
 - 3 従業者の員数については、総数を記載してください。
 - 4 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が行うものについては、法第71条第1項及び第72条第1項の規定により指定があったものとみなされる場合は、本申請の必要はありません。
 - 5 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

付表第一号(八) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項(単独型)

事業所	法人番号									
	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -)		都 道 市 区	府 県 町 村					
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)					
	氏名									
	生年月日									
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)									
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)		名称		兼務する職種及び勤務時間等					
協力医療機関	名称				主な診療科名					
	名称				主な診療科名					
	名称				主な診療科名					
	名称				主な診療科名					
サービス提供単位1	介護形式(いずれか一方を選択)				<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型			
	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数		医師		生活相談員		看護職員		介護職員	
			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)									
			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)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	居室	1室あたりの最大定員				人				
	居室	利用者1人あたりの最小床面積				㎡				
	食堂と機能訓練室の合計面積				㎡					
廊下	片廊下の幅				m					
	中廊下の幅				m					
建物の構造				<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他		
利用定員						人				
サービス提供単位2	介護形式(いずれか一方を選択)				<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型			
	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数		医師		生活相談員		看護職員		介護職員	
			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)									
			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)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	居室	1室あたりの最大定員				人				
	居室	利用者1人あたりの最小床面積				㎡				
	食堂と機能訓練室の合計面積				㎡					
廊下	片廊下の幅				m					
	中廊下の幅				m					
建物の構造				<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他		
利用定員						人				
添付書類		別添のとおり								

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

(参考) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項(単独型)記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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

(参考) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項
(空床利用型・本体施設が特別養護老人ホームの場合の併設事業所型) 記入欄不足時の資料

■ 協力医療機関

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

付表第一号(十) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項
(空床利用型・本体施設が特別養護老人ホーム以外の場合の併設事業所型)

事業所	法人番号									
	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号	—)						
		都 道 市 区 府 県 町 村								
連絡先	電話番号	(内線)	FAX 番号							
	Email									
管理者	フリガナ			(郵便番号	—)				
	氏 名			住所						
	生年月日									
	同一敷地内の他の事業所又は施設の 従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)		名称							
		兼務する職種 及び勤務時間等								
共生型サービスの該当有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
本体施設の種別										
協力医療 機関	名称				主な診療科名					
	名称				主な診療科名					
	名称				主な診療科名					
	名称				主な診療科名					
サービス 提供 単位 1	介護形式(いずれか一方を選択)						<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型			
	短期入所利用者数						人 (推定数を記入)			
	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数		医師		生活相談員		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	本体施設の施設等従事人数	常 勤(人) 非常勤(人)								
	短期入所生活介護従事人数	常 勤(人) 非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			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				
	本体施設の施設等従事人数	常 勤(人) 非常勤(人)								
	短期入所生活介護従事人数	常 勤(人) 非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	居室	1室あたりの最大定員				人				
		利用者1人あたりの最小床面積				㎡				
	食堂と機能訓練室の合計面積				㎡					
廊下	片廊下の幅				m					
	中廊下の幅				m					
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他								
本体施設の入所・入院定員		人		短期入所利用定員		人				
サービス 提供 単位 2	介護形式(いずれか一方を選択)						<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型			
	短期入所利用者数						人 (推定数を記入)			
	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数		医師		生活相談員		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	本体施設の施設等従事人数	常 勤(人) 非常勤(人)								
	短期入所生活介護従事人数	常 勤(人) 非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			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				
	本体施設の施設等従事人数	常 勤(人) 非常勤(人)								
	短期入所生活介護従事人数	常 勤(人) 非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	居室	1室あたりの最大定員				人				
		利用者1人あたりの最小床面積				㎡				
	食堂と機能訓練室の合計面積				㎡					
廊下	片廊下の幅				m					
	中廊下の幅				m					
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他								
本体施設の入所・入院定員		人		短期入所利用定員		人				
添付書類		別添のとおり								

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 2 本様式は、本体施設が特別養護老人ホーム以外の場合であって、本体施設と一体的に運営が行われる事業所であるときに使用してください。
 3 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 4 本体施設の種別は、「養護老人ホーム」、「病院」、「診療所」、「介護老人保健施設」、「特定施設入居者生活介護」、「地域密着型介護老人保健施設」、「その他」を記入してください。

(参考) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項
(空床利用型・本体施設が特別養護老人ホーム以外の場合の併設事業所型) 記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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

付表第一号(十一) 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号						
	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号		一	道	市	区
		都	府	県	町	村	
連絡先	電話番号	(内線)			FAX 番号		
	Email						
事業所種別 (該当に○を記入)	①介護老人保健施設						
	②療養病床を有する病院・診療所						
	③②に該当しない診療所						
	④介護医療院						
管理者	フリガナ						
	氏名	住所	(郵便番号 -)				
	生年月日						
病棟名							
サービス提供単位1 (事業所種別③) に該当の場合記入)	介護形式(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型		
	申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員		人				
	○人員に関する基準の確認に必要な事項						
	指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数	担当医師		看護職員		介護職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)					
	非常勤(人)						
	常勤換算後の人数(人)						
	○設備に関する基準の確認に必要な事項						
	指定申請を行う病棟(病室)部分の設備基準上の数値記載	事業所種別③に該当時	入院患者1人あたり床面積				m ²
廊下			片廊下の幅				m
			中廊下の幅				m
サービス提供単位2 (事業所種別③) に該当の場合記入)							
介護形式(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型			
申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員		人					
○人員に関する基準の確認に必要な事項							
指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数	担当医師		看護職員		介護職員		
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤(人)						
非常勤(人)							
常勤換算後の人数(人)							
○設備に関する基準の確認に必要な事項							
指定申請を行う病棟(病室)部分の設備基準上の数値記載	事業所種別③に該当時	入院患者1人あたり床面積				m ²	
		廊下	片廊下の幅				m
			中廊下の幅				m
添付書類	別添のとおり						

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 2 「申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員」欄は、当該施設等のうち、短期入所療養介護に供する部分の定員について記載すること。
 - 3 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が行うものについては、法第71条第1項及び第72条第1項の規定により指定があったものとみなされる場合は、本申請の必要はありません。

(参考) 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■複数病棟

病棟名							
サービス提供単位1(事業所種別③)に該当の場合記入)	介護形式(いずれか一方を選択)	<input type="checkbox"/> 従来型			<input type="checkbox"/> ユニット型		
	申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員	人					
	○人員に関する基準の確認に必要な事項						
	指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数	担当医師		看護職員		介護職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)						
	非常勤(人)						
	常勤換算後の人数(人)						
	○設備に関する基準の確認に必要な事項						
	指定申請を行う病棟(病室)部分の設備基準上の数値記載	事業所種別③に該当時	入院患者1人あたり床面積				㎡
		廊下	片廊下の幅		m		
			中廊下の幅		m		
サービス提供単位2(事業所種別③)に該当の場合記入)	介護形式(いずれか一方を選択)	<input type="checkbox"/> 従来型			<input type="checkbox"/> ユニット型		
	申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員	人					
	○人員に関する基準の確認に必要な事項						
	指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数	担当医師		看護職員		介護職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)						
	非常勤(人)						
	常勤換算後の人数(人)						
	○設備に関する基準の確認に必要な事項						
	指定申請を行う病棟(病室)部分の設備基準上の数値記載	事業所種別③に該当時	入院患者1人あたり床面積				㎡
		廊下	片廊下の幅		m		
			中廊下の幅		m		

付表第一号(十二) 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号											
	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 _____) 都 道 市 区 府 県 町 村										
連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号						
	Email											
施設区分 (該当に○)	有料老人ホーム					施設開設 年月日	年 月 日					
	軽費老人ホーム											
	サービス付き高齢者向け住宅											
	介護老人ホーム											
入居者の要件 (該当に○)	介護専用型											
	介護専用型以外											
サービスの提供形態 (該当に○)	一般型											
	外部サービス利用型											
管 理 者	フリガナ	住所				(郵便番号 _____)						
	氏名											
	生年月日											
当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)												
者	同一敷地内の他の事業所又は施設の 従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)				名称							
					兼務する職種 及び勤務時間等							
協力医療機関	名称					主な診療科名						
	名称					主な診療科名						
	名称					主な診療科名						
○人員に関する基準の確認に必要な事項												
従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		計画作成担当者		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)										
		非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)												
○設備に関する基準の確認に必要な事項												
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他						
入居定員		人										
利用者数		人(前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)										
		要介護者			人			要支援者			人	
添付書類		別添のとおり										

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

(参考) 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■ 協力医療機関

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

付表第一号(十四) 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村			
	連絡先	電話番号 Email	(内線)	FAX 番号	
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 ー)		
	氏名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の 従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)		名称		
		兼務する職種 及び勤務時間等			
販売種目					
利用者の推定数		人			
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種・員数		専門相談員			
		専 従	兼 務		
		常 勤(人)			
		非常勤(人)			
		常勤換算後の人数(人)			
添付書類	別添のとおり				

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 3 販売種目は、「腰掛便座」、「自動排泄処理装置の交換可能部品」、「入浴補助用具」、「簡易浴槽」、「移動用リフトのつり具の部品」、「排泄予測支援機器」を記入してください。

付表第一号(十五) 介護老人福祉施設の指定等に係る記載事項

施設	法人番号	フリガナ								
	名称									
	所在地	(郵便番号 _____) 都道 市区 府県 町村								
	連絡先	電話番号 _____ (内線) _____	FAX 番号 _____							
		Email _____								
管理者	フリガナ									
	氏名	住所	(郵便番号 _____)							
	生年月日									
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)		名称 _____	兼務する職種及び勤務時間等 _____						
短期入所生活介護の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業の実施形態	<input type="checkbox"/> 空床型 <input type="checkbox"/> 併設型						
協力医療機関	名称	主な診療科名 _____								
	名称	主な診療科名 _____								
	名称	主な診療科名 _____								
	名称	主な診療科名 _____								
介護形式(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型								
○人員に関する基準の確認に必要な事項										
サービス提供単位1	従業者の職種・員数		医師		生活相談員		介護職員		看護職員	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
	介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常勤(人) _____								
		非常勤(人) _____								
	常勤換算後の人数(人) _____		栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員等			
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
	介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常勤(人) _____								
		非常勤(人) _____								
	常勤換算後の人数(人) _____									
	入所者数 _____		人(推定数を記入)		短期入所利用者数 _____				人(推定数を記入)	
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
		介護老人福祉施設			短期入所生活介護					
居室	1室あたりの最大定員	人 _____			人 _____					
居室	利用者1人あたりの最小床面積	㎡ _____			㎡ _____					
食堂と機能訓練室の合計面積		㎡ _____			㎡ _____					
廊下	片廊下の幅	m _____			m _____					
廊下	中廊下の幅	m _____			m _____					
入所定員 _____		人 _____								
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
		介護老人福祉施設			短期入所生活介護					
居室	1室あたりの最大定員	人 _____			人 _____					
居室	利用者1人あたりの最小床面積	㎡ _____			㎡ _____					
食堂と機能訓練室の合計面積		㎡ _____			㎡ _____					
廊下	片廊下の幅	m _____			m _____					
廊下	中廊下の幅	m _____			m _____					
入所定員 _____		人 _____								
添付書類		別添のとおり								
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
		介護老人福祉施設			短期入所生活介護					
居室	1室あたりの最大定員	人 _____			人 _____					
居室	利用者1人あたりの最小床面積	㎡ _____			㎡ _____					
食堂と機能訓練室の合計面積		㎡ _____			㎡ _____					
廊下	片廊下の幅	m _____			m _____					
廊下	中廊下の幅	m _____			m _____					
入所定員 _____		人 _____								

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 2 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態(空床型・併設型の別)」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方にチェックをしてください。
 - 3 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の設備に関する基準の確認に必要な事項欄については、記載を要しません。
 - 4 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 - 5 従業者の職種・員数の「※兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う従業者について記載してください。
 - 6 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。

(参考) 介護老人福祉施設の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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

付表第一号(十六) 介護老人保健施設の許可等に係る記載事項

施設	法人番号											
	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号		—)					
連絡先	電話番号	(内線)			FAX 番号							
	Email											
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号			—)		
	氏名											
	生年月日											
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)				名称							
				兼務する職種及び勤務時間等								
短期入所療養介護の実施の有無				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	通所リハビリテーションの実施の有無				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
施設を共用する事業所等の名称(共用する場合記入)				フリガナ								
				名称								
協力医療機関	名称			主な診療科名								
	名称			主な診療科名								
	名称			主な診療科名								
	名称			主な診療科名								
サービス提供単位1	介護形式(いずれか一方を選択)				<input type="checkbox"/> 従来型	<input type="checkbox"/> ユニット型						
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数				医師		薬剤師		看護職員		介護職員	
					専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護老人保健施設及び通所リハビリテーション従事人数		常勤(人)									
			非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)											
					理学・作業療法士		栄養士		支援相談員		介護支援専門員	
					専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護老人保健施設及び通所リハビリテーション従事人数		常勤(人)									
			非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	療養室		1室の最大定員				人					
		入所者1人あたり最小床面積				㎡						
廊下		片廊下の幅				m						
		中廊下の幅				m						
機能訓練室面積				㎡								
食堂面積				㎡								
入所者の予定数				人								
一日当たりの通所総利用者予定数				人								
入所定員				人								
サービス提供単位2	介護形式(いずれか一方を選択)				<input type="checkbox"/> 従来型	<input type="checkbox"/> ユニット型						
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数				医師		薬剤師		看護職員		介護職員	
					専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護老人保健施設及び通所リハビリテーション従事人数		常勤(人)									
			非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)											
					理学・作業療法士		栄養士		支援相談員		介護支援専門員	
					専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護老人保健施設及び通所リハビリテーション従事人数		常勤(人)									
			非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	療養室		1室の最大定員				人					
		入所者1人あたり最小床面積				㎡						
廊下		片廊下の幅				m						
		中廊下の幅				m						
機能訓練室面積				㎡								
食堂面積				㎡								
入所者の予定数				人								
一日当たりの通所総利用者予定数				人								
入所定員				人								

○通所リハビリテーション(該当する場合のみ)											
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業者の職種・員数		医師									
		専従	兼務								
		常勤(人)									
非常勤(人)											
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
専用の部屋の面積				㎡		利用定員(同時利用)				人	
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)									
非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)											
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
		その他(年末年始休日等)									
営業時間		:		~		:		:			
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:		:			
	土曜日	:		~		:		:			
	日曜日・祝日	:		~		:		:			
サービス提供時間		:		~		:		:			
利用定員		:		~		:		:		人	
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		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)									
非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)											
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
		その他(年末年始休日等)									
営業時間		:		~		:		:			
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:		:			
	土曜日	:		~		:		:			
	日曜日・祝日	:		~		:		:			
サービス提供時間		:		~		:		:			
利用定員		:		~		:		:		人	
添付書類		別添のとおり									

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
- 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
- 3 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

(参考) 介護老人保健施設の許可等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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

■通所リハビリテーションサービス提供単位3以降

サービス提供単位3	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		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)											
	非常勤(人)											
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	営業時間				~							
	曜日ごとに異なる場合記入	平日			~							
		土曜日			~							
入	日曜日・祝日			~								
	サービス提供時間			~								
利用定員		人										
サービス提供単位4	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		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)											
	非常勤(人)											
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	営業時間				~							
	曜日ごとに異なる場合記入	平日			~							
		土曜日			~							
入	日曜日・祝日			~								
	サービス提供時間			~								
利用定員		人										

付表第一号(十七) 介護医療院の許可等に係る記載事項

施設	法人番号										
	フリガナ										
	名称										
	所在地	東京		都道 府県		市区 町村					
連絡先	電話番号	(内線)				FAX 番号					
	Email										
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)						
	氏名										
	生年月日										
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)			名称							
短期入所療養介護の実施の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	通所リハビリテーションの実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
施設を共用する事業所等の名称(共用する場合記入)			フリガナ								
協力医療機関	名称			主な診療科名							
	名称			主な診療科名							
	名称			主な診療科名							
	名称			主な診療科名							
療養棟名											
施設類型(いずれか一方を選択)			<input type="checkbox"/> I型介護医療院	<input type="checkbox"/> II型介護医療院							
介護形式(いずれか一方を選択)			<input type="checkbox"/> 従来型	<input type="checkbox"/> ユニット型							
サービス提供単位1	○人員に関する基準の確認に必要な事項										
	従業者の職種・員数			医師		薬剤師		看護職員		介護職員	
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院及び通所リハビリテーション従事人数			常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)			非常勤(人)							
				理学・作業療法士	栄養士		放射線技師		介護支援専門員		
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院及び通所リハビリテーション従事人数			常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)			非常勤(人)							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項										
	療養室			1室の最大定員		人					
				入所者1人あたり最小床面積		㎡					
	廊下			片廊下の幅		m					
				中廊下の幅		m					
			機能訓練室面積		㎡						
			食堂(共同生活室)面積		㎡						
			入所者の予定数		人						
			一日当たりの通所総利用者予定数		人						
			入所定員		人						
サービス提供単位2	介護形式(いずれか一方を選択)			<input type="checkbox"/> 従来型	<input type="checkbox"/> ユニット型						
	○人員に関する基準の確認に必要な事項										
	従業者の職種・員数			医師		薬剤師		看護職員		介護職員	
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院及び通所リハビリテーション従事人数			常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)			非常勤(人)							
				理学・作業療法士	栄養士		放射線技師		介護支援専門員		
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院及び通所リハビリテーション従事人数			常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)			非常勤(人)							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項										
	療養室			1室の最大定員		人					
				入所者1人あたり最小床面積		㎡					
	廊下			片廊下の幅		m					
中廊下の幅				m							
			機能訓練室面積		㎡						
			食堂(共同生活室)面積		㎡						
			入所者の予定数		人						
			一日当たりの通所総利用者予定数		人						
			入所定員		人						

○通所リハビリテーション(該当する場合のみ)												
○人員に関する基準の確認に必要な事項												
従業者の職種・員数		医師										
		専従	兼務									
常勤(人)												
非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)												
○設備に関する基準の確認に必要な事項												
専用の部屋の面積				m			利用定員(同時利用)			人		
サービス提供単位1	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		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)											
	非常勤(人)											
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
営業時間			:		~		:					
曜日ごとに異なる場合記入	平日		:		~		:					
	土曜日		:		~		:					
	日曜日・祝日		:		~		:					
サービス提供時間		:		~		:						
利用定員										人		
サービス提供単位2	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		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)											
	非常勤(人)											
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
営業時間			:		~		:					
曜日ごとに異なる場合記入	平日		:		~		:					
	土曜日		:		~		:					
	日曜日・祝日		:		~		:					
サービス提供時間		:		~		:						
利用定員										人		
添付書類		別添のとおり										

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

(参考) 介護医療院の許可等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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

■複数療養棟

療養棟名		施設類型(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> I型介護医療院		<input type="checkbox"/> II型介護医療院				
介護形式(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型						
サービス提供単位3	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院及び通所 リハビリテーション従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			理学・作業療法士		栄養士		放射線技師		介護支援専門員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院及び通所 リハビリテーション従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	療養室	1室の最大定員				人				
		入所者1人あたり最小床面積				㎡				
	廊下	片廊下の幅				m				
中廊下の幅				m						
機能訓練室面積				㎡						
食堂(共同生活室)面積				㎡						
入所者の予定数				人						
一日当たりの通所総利用者予定数				人						
入所定員				人						
サービス提供単位4	介護形式(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型					
	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院及び通所 リハビリテーション従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			理学・作業療法士		栄養士		放射線技師		介護支援専門員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院及び通所 リハビリテーション従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	療養室	1室の最大定員				人				
		入所者1人あたり最小床面積				㎡				
廊下	片廊下の幅				m					
	中廊下の幅				m					
機能訓練室面積				㎡						
食堂(共同生活室)面積				㎡						
入所者の予定数				人						
一日当たりの通所総利用者予定数				人						
入所定員				人						

■通所リハビリテーションサービス提供単位3以降

サービス提供単位3	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		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)											
	非常勤(人)											
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	営業時間				:		~				:	
曜日ごとに異なる場合記入	平日				:		~				:	
	土曜日				:		~				:	
	日曜日・祝日				:		~				:	
サービス提供時間				:		~				:		
利用定員		人										
サービス提供単位4	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		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)											
	非常勤(人)											
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	営業時間				:		~				:	
曜日ごとに異なる場合記入	平日				:		~				:	
	土曜日				:		~				:	
	日曜日・祝日				:		~				:	
サービス提供時間				:		~				:		
利用定員		人										