

付表1-1 基準該当訪問介護事業所の登録に係る記載事項

受付番号

|                |  |             |                   |           |    |
|----------------|--|-------------|-------------------|-----------|----|
| 事業所            | フリガナ                                     |             |                   |           |    |
|                | 名称                                       |             |                   |           |    |
|                | 所在地                                      | (郵便番号 ー )   |                   |           |    |
|                |  | 県 都市        |                   |           |    |
| 連絡先            | 電話番号                                     |             | FAX番号             |           |    |
| 管理者            | フリガナ                                     |             | (郵便番号 ー )         |           |    |
|                | 氏名                                       |             | 住所                |           |    |
|                | 訪問介護員等との兼務の有無                            |             | (有・無)             |           |    |
|                | 同一敷地内の他の事業所<br>又は施設の従業者との兼務<br>(兼務の場合記入) | 名称          | 兼務する職種<br>及び勤務時間等 |           |    |
| サービス提供<br>責任者  | フリガナ                                     |             | 住所                | (郵便番号 ー ) |    |
|                | 氏名                                       |             |                   |           |    |
|                | フリガナ                                     |             | 住所                | (郵便番号 ー ) |    |
|                | 氏名                                       |             |                   |           |    |
| 従業者の職種・員数      |  | 訪問介護員等      |                   |           |    |
|                |  | 専従          |                   |           | 兼務 |
|                |  |             |                   |           |    |
|                |  | 基準上の必要人数(人) |                   |           |    |
|                |  | 適合の可否       |                   |           |    |
| 主な<br>掲示<br>事項 | 営業日                                      |             |                   |           |    |
|                | 営業時間                                     |             |                   |           |    |
|                | 利用料                                      |             |                   |           |    |
|                | その他の費用                                   |             |                   |           |    |
|                | 通常の事業実施地域                                |             |                   |           |    |
| 添付書類           |  | 別添のとおり      |                   |           |    |

- 備考
- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
  - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
  - 3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
  - 4 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
  - 5 当該基準該当サービス以外のサービスを実施する場合には、当該基準該当サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表1-2 基準該当訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

|                        |           |                   |       |  |
|------------------------|-----------|-------------------|-------|--|
|                        |           | 受付番号              |       |  |
| 事業所                    | フリガナ      |                   |       |  |
|                        | 名称        |                   |       |  |
|                        | 所在地       | (郵便番号 ー )<br>県 都市 |       |  |
| 主な<br>掲<br>示<br>事<br>項 | 連絡先       | 電話番号              | FAX番号 |  |
|                        | 営業日       |                   |       |  |
|                        | 営業時間      |                   |       |  |
|                        | 利用料       |                   |       |  |
|                        | その他の費用    |                   |       |  |
|                        | 通常の事業実施地域 |                   |       |  |
|                        | 添付書類      | 別添のとおり            |       |  |

備考1 「受付番号」欄は記入しないでください。

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

3 「主な掲示事項」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。

付表2 基準該当訪問入浴介護事業所の登録に係る記載事項

受付番号

|                |  |        |                   |       |
|----------------|--|--------|-------------------|-------|
| 事業所            | フリガナ                                     |        |                   |       |
|                | 名称                                       |        |                   |       |
|                | 所在地                                      |        | (郵便番号 — )<br>県 都市 |       |
|                | 連絡先                                      |        | 電話番号              | FAX番号 |
| 管理者            | フリガナ                                     |        | (郵便番号 — )         |       |
|                | 氏名                                       | 住所     |                   |       |
|                | 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<br>又は施設の従業者との兼務<br>(兼務の場合記入) | 名称     | 兼務する職種<br>及び勤務時間等 |       |
|                | 従業者の職種・員数                                | 看護職員   | 介護職員              |       |
|                | 常勤(人)                                    |        |                   |       |
|                | 非常勤(人)                                   |        |                   |       |
|                | 基準上の必要人数(人)                              |        |                   |       |
|                | 適合の可否                                    |        |                   |       |
| 主な<br>掲示<br>事項 | 営業日                                      |        |                   |       |
|                | 営業時間                                     |        |                   |       |
|                | 利用料                                      |        |                   |       |
|                | その他の費用                                   |        |                   |       |
|                | 通常の事業実施地域                                |        |                   |       |
| 療協<br>機力<br>関医 | 名称                                       |        | 主な診療科名            |       |
|                | 名称                                       |        | 主な診療科名            |       |
|                | 名称                                       |        | 主な診療科名            |       |
| 添付書類           |  | 別添のとおり |                   |       |

備考1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄は、記入しないでください。

- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」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 当該基準該当居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該基準該当居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表3-1 基準該当通所介護事業所の登録に係る記載事項

受付番号

|                         |  |   |                |   |                            |
|-------------------------|--|---|----------------|---|----------------------------|
| 事業所                     | フリガナ                                       |   |                |   |                            |
|                         | 名称   |   |                |   |                            |
|                         | 所在地  | (郵便番号 <input type="text"/> - <input type="text"/> )<br>県 <input type="text"/> 都市 <input type="text"/> |                |   |                            |
|                         | 連絡先  | 電話番号 <input type="text"/>   |                |   | FAX番号 <input type="text"/> |
| 管理者                     | フリガナ                                       |   |                | (郵便番号 <input type="text"/> - <input type="text"/> ) |                            |
|                         | 氏名   | 住所  |                |   |                            |
|                         | 当該通所介護事務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<br>又は施設の従業者との兼務<br>(兼務の場合のみ記入) | 名称  |                |   |                            |
|                         | 兼務する職種<br>及び勤務時間等                          |   |                |   |                            |
| 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   |                            |
| 常勤(人)                   |  |   |                |   |                            |
| 非常勤(人)                  |  |   |                |   |                            |
| 基準上の必要人数(人)             |  |   |                |   |                            |
| 適合の可否                   |  |   |                |   |                            |
| 食事を行う場所及び機能訓練を行う場所の合計面積 |  |   | 基準上の必要数値       | 適合の可否   |                            |
|                         |  |   | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> 以上                                   |                            |
| 主な<br>掲示<br>事項          | 営業日  | 単位ごとの営業日  |                |   |                            |
|                         | 営業時間                                       | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : )   |                |   |                            |
|                         | 利用定員                                       | 人(単位ごとの定員① 人② 人③ 人)   |                |   |                            |
|                         | 利用料  |   |                |   |                            |
|                         | その他の費用                                     |   |                |   |                            |
|                         | 通常の事業実施地域                                  |   |                |   |                            |
| 添付書類                    | 別添のとおり                                     |   |                |   |                            |

備考1 「受付番号」、「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は記入しないでください。

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

3 「主な掲示事項」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 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。

5 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。

6 当該基準該当居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該基準該当居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。



付表4 基準該当福祉用具貸与事業所の登録に係る記載事項

受付番号

|                |  |                   |    |           |
|----------------|--|-------------------|----|-----------|
| 事業所            | フリガナ                                     |                   |    |           |
|                | 名称                                       |                   |    |           |
|                | 所在地                                      | (郵便番号 ー )<br>県 郡市 |    |           |
|                | 連絡先                                      | 電話番号              |    | FAX番号     |
| 管理者            | フリガナ                                     |                   |    | (郵便番号 ー ) |
|                | 氏名                                       |                   | 住所 |           |
|                | 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<br>施設の従業者との兼務<br>(兼務の場合記入) | 名称                |    |           |
|                |  | 兼務する職種<br>及び勤務時間等 |    |           |
|                | 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)                              |                   |    |           |
|                | 基準上の必要人数(人)                              |                   |    |           |
|                | 適合の可否                                    |                   |    |           |
| 主な<br>揭示<br>事項 | 営業日                                      |                   |    |           |
|                | 営業時間                                     |                   |    |           |
|                | 取り扱う種目                                   |                   |    |           |
|                | 利用料                                      |                   |    |           |
|                | その他の費用                                   |                   |    |           |
|                | 通常の事業実施地域                                |                   |    |           |
|                | 添付資料                                     | 別添のとおり            |    |           |

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 なお、「専門相談員」のうち、都道府県知事が同等以上の講習を受けたと認める者に当たる者がいる場合には、当該者については、「講習会のカリキュラムと修了を証する書類の写し」を添付してください。
- 5 当該基準該当居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該基準該当居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表5 基準該当居宅介護支援事業所の登録に係る記載事項

受付番号

|               |                                    |    |                   |           |
|---------------|------------------------------------|----|-------------------|-----------|
| 事業所           | フリガナ                               |    |                   |           |
|               | 名称                                 |    |                   |           |
|               | 所在地                                |    | (郵便番号 — )<br>県 都市 |           |
|               | 連絡先                                |    | 電話番号              | FAX番号     |
| 管理者           | フリガナ                               |    |                   | (郵便番号 — ) |
|               | 氏名                                 | 住所 |                   |           |
|               | 当該居宅介護支援事務所における介護支援専門員との兼務の有無      |    |                   | 有・無       |
|               | 同一敷地内の他の事業所の従業者との兼務<br>(兼務の場合のみ記入) | 名称 | 兼務する職種<br>及び勤務時間等 |           |
| 事業開始時の利用者の予定数 |                                    | 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                                |    |                   |           |
|               | 営業時間                               |    |                   |           |
|               | 利用料                                |    |                   |           |
|               | その他の費用                             |    |                   |           |
| 添付書類          | 通常の事業実施地域                          |    |                   |           |
|               | 別添のとおり                             |    |                   |           |

備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 当該基準該当居宅介護支援以外のサービスを実施する場合には、当該基準該当居宅介護支援のサービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表5(別紙)

## 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

| フリガナ<br>氏 名 | 介護支援専門員番号<br>(終了証明書交付元) | 職 種 | 常勤 | 非常勤 | 専 従 | 兼 務 | 兼務の場合の<br>兼務する職種 |
|-------------|-------------------------|-----|----|-----|-----|-----|------------------|
|             | ( )                     |     |    |     |     |     |                  |
|             | ( )                     |     |    |     |     |     |                  |
|             | ( )                     |     |    |     |     |     |                  |
|             | ( )                     |     |    |     |     |     |                  |
|             | ( )                     |     |    |     |     |     |                  |

備考1 「職種」欄には、医師、看護婦(士)、保健婦(士)等の職種名を記載してください。

2 「常勤・非常勤」欄及び「専従・兼務」欄には、該当する部分に○を付してください。

3 「兼務する職種」欄には、他の事業所の従業者と兼務をしている場合、当該事業所での職種名(例一介護職員、生活相談員等)を記載してください。



第 号  
年 月 日

登録事項変更届出書

〇〇市長 殿

住 所  
事業者（所在地）  
氏 名  
（名称及び代表者氏名）

印

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。

|              |  | 基準該当事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 登録内容を変更した事業所 |  | 名称        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|              |  | 所在地       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| サービスの種類      |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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            | 主たる事務所の所在地   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4            | 代表者の氏名及び住所   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5            | 定款・寄附行為等及びその登記簿謄本・条例等<br>(※定めている場合-当該事業に関するものに限る。) |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6            | 事業所の建物の構造等   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7            | 備品(訪問入浴介護事業に限る。)                                   | (変更後)     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8            | 事業所の管理者の氏名及び住所                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9            | サービス提供責任者の氏名及び住所                                   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10           | 運営規程   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11           | 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関(訪問入浴事業に限る。)                    |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12           | 福祉用具の保管・消毒方法(委託している場合に<br>あつては、委託先の状況)             |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変 更 年 月 日    |  | 平成 年 月 日  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

- 備考1 該当項目番号に○を付してください。  
2 変更内容が分かる書類を添付してください。

事業廃止（休止・再開）届出書

第 号  
年 月 日

〇〇長 殿

住 所  
事業者（所在地）  
氏 名  
（名称及び代表者氏名） 印

次のとおり事業の廃止（休止・再開）をいたしましたので届け出ます。

| 基準該当事業所番号                                |                   |
|--|-------------------|
| 廃止（休止・再開）する事業所                           | 名称                |
|  | 所在地               |
| 休止・廃止・再開の別                               | 休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開   |
| 休止・廃止・再開した年月日                            | 平成 年 月 日          |
| 休止・廃止した理由                                |                   |
| 現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置<br>（休止・廃止した場合のみ） |                   |
| 休止予定期間                                   | 平成 年 月 日～平成 年 月 日 |

備考 事業の再開に係る届出にあつては、規則に定める当該事業に係る従業員の勤務の及び勤務形態に関する書類を添付してください。

年 月 日

特例居宅介護サービス費等  
特例居宅介護サービス計画費等 } の代理受領に係る申出書

〇〇市長 殿

住所  
事業者名称  
代表者氏名 印

以下のとおり、代理受領について申し出ます。

- 1 代表者氏名
- 2 基準該当サービス事業所名
- 3 事業所の所在地（電話番号）
- 4 基準該当事業所番号
- 5 代理受領の取扱いを受けようとする期間 ○年間  
（ただし、期間満了1月前までに特段の意思表示がない場合には、期間満了の日の翌日において、更に○年間順次更新をしたものとする。）

(別表)

## 登録事項の変更に係る添付書類一覧

| 番号 | サービスの種類<br>変更の届出が必要な事項                         | 訪問      | 訪問      | 通所      | 福祉      | 居宅      |
|----|--|---------|---------|---------|---------|---------|
|    |  | 介護<br>① | 入浴<br>② | 介護<br>③ | 用具<br>④ | 支援<br>⑤ |
| 1  | 事業所の名称   | ○       | ○       | ○       | ○       | ○       |
| 2  | 事業所の所在地  | ○       | ○       | ○       | ○       | ○       |
| 3  | 主たる事務所の所在地                                     | ○       | ○       | ○       | ○       | ○       |
| 4  | 代表者の氏名及び住所                                     | ○       | ○       | ○       | ○       | ○       |
| 5  | 定款・寄附行為等及びその登記簿謄本・条例等(※定めている場合—当該事業に関するものに限る。) | ○       | ○       | ○       | ○       | ○       |
| 6  | 事業所の建物の構造等                                     | ○       | ○       | ○       | ○       | ○       |
| 7  | 備品   |         | ○       |         |         |         |
| 8  | 事業所の管理者の氏名及び住所                                 | ○       | ○       | ○       | ○       | ○       |
| 9  | サービス提供責任者の氏名及び住所                               | ○       |         |         |         |         |
| 10 | 運営規程   | ○       | ○       | ○       | ○       | ○       |
| 11 | 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関                            |         | ○       |         |         |         |
| 12 | 福祉用具の保管・消毒方法(委託している場合にあっては、委託等の契約の内容)          |         |         |         | ○       |         |

備考 変更の状況が判る書類を添付してください。

(参考)

## 登録申請に係る添付書類一覧(チェック用)

| 番号 | 添付すべき書類                           | 訪問<br>介護<br>① | 訪問<br>入浴<br>② | 通所<br>介護<br>③ | 福祉<br>用具<br>④ | 居宅<br>支援<br>⑤ | 参考様式の<br>有無 |
|----|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------|
| 1  | 申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等        | ○             | ○             | ○             | ○             | ○             |             |
| 2  | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表                 | ○             | ○             | ○             | ○             | ○             | 参考様式1       |
| 3  | 管理者の経歴                            | ○             | ○             | ○             | ○             | ○             | 参考様式2       |
| 4  | サービス提供責任者の経歴                      | ○             |               |               |               |               | 参考様式2       |
| 5  | 平面図                               | ○             | ○             | ○             | ○             | ○             | 参考様式3       |
| 6  | 設備・備品等一覧表                         |               | ○             | ○             | ○             |               | 参考様式4       |
| 7  | 運営規程                              | ○             | ○             | ○             | ○             | ○             |             |
| 8  | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要          | ○             | ○             | ○             | ○             | ○             | 参考様式5       |
| 9  | サービス提供実施単位一覧表                     |               |               | ○             |               |               | 参考様式6       |
| 10 | 当該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 | 関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容 |               |               |               |               | ○             |             |
| 13 | 福祉用具の保管及び消毒の方法(他に委託する場合はその状況)     |               |               |               | ○             |               |             |

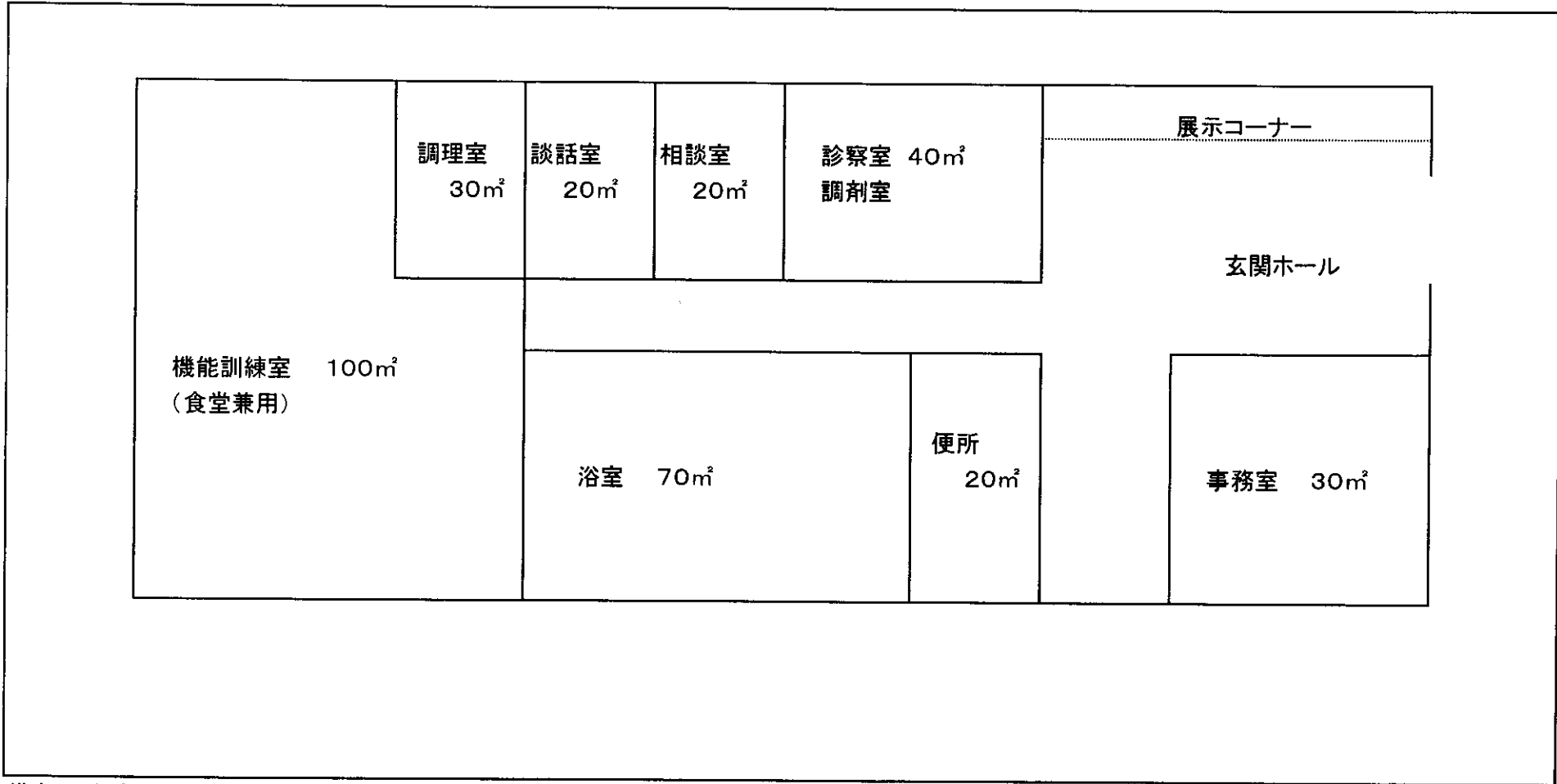
備考 1については、定款、寄附行為等を定めている場合に提出してください。





(参考様式3)  
 平面図

|        |  |
|--------|--|
| 事業所の名称 |  |
|--------|--|



備考1 各室の用途及び面積を記載してください。

2 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。





(参考様式5)

## 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

|            |  |
|------------|--|
| 事業所名       |  |
| 申請するサービス種類 |  |







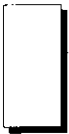









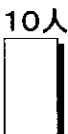

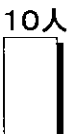





























| 措 置 の 概 要 |  |
|-----------|--|
| 1         | 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置    |
| 2         | 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順               |
| 3         | 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等(居宅介護支援事業者の場合記入) |
| 4         | その他参考事項                                |

備考 上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。

(参考様式6)

## サービス提供実施単位一覧表

(記載例)

| 曜日<br>時間 | 月  | 火  | 水  | 木  | 金  | 土   | 日  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 9:00     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 12:00    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 15:00    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 18:00    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21:00    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 0:00     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |

備考1 曜日ごとにサービス提供単位の状況を記載してください。また、サービス提供単位ごとの利用定員を記載してください。

2 各事業所・施設において使用している勤務割表等(既に事業を実施しているときは直近月の実績)により、サービス提供単位及びサービス提供単位ごとの利用定員が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。