

各都道府県介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 介護制度改革本部

介護制度改革 INFORMATION

今回の内容

地域密着型サービス事業所の
申請様式等について

計44枚（本送信票除く）

vol. 62

平成18年2月20日

厚生労働省介護制度改革本部

〔貴都道府県内市町村及び関係諸団体に
速やかに送信いただきますよう
よろしくお願いいたします。〕

事 務 連 絡
平成 1 8 年 2 月 2 0 日

都道府県介護保険担当主管課（室） 御中

厚生労働省老健局計画課

地域密着型サービス事業所の指定に係る規則等の参考例について

介護保険法に基づく地域密着型サービス事業所の指定については、各市町村においては当該業務を処理するための規則等を制定する必要がありますが、この度、指定に係る規則等の参考例を作成しましたので送付いたします。

また、この規則等の参考例は、その規定振りの一つの例を示したものであり、文言や様式を拘束するものではありませんので、各市町村において適宜追加・修正を行うなど活用してください。

なお、地域密着型サービス事業所の台帳につきましては、各市町村において適切な管理を行っていただくようお願いします。

各都道府県におかれましては、管下の市町村に対しまして、本資料を速やかに配布していただきますとともに、市町村にとって指定事務は初めてのことであるため、市町村において指定事務が円滑に行われるよう、申請書等の作成や具体的な事務の進め方等について随時ご指導いただきますようお願いいたします。

なお、本資料は、WAM-NE Tに掲載する予定です。

照会先

厚生労働省老健局計画課 埴田

TEL 03-5253-1111(内線 3929)

〇〇市（町・村）指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関する規則（参考例）

（趣旨）

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。）及び介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「施行規則」という。）に定めるもののほか、指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関し必要な事項を定めるものとする。

（指定の申請）

第2条 法第78条の2第1項及び第115条の11第1項の規定による申請は、様式第1号による指定申請書により行うものとする。

2 法第78条の2第1項及び第115条の11第1項の規定により指定を受けた者は、その旨を当該指定に係る事業所の見やすい場所に標示するものとする。

（変更の届出等）

第3条 法第78条の5及び第115条の14の規定による届出は、施行規則第131条の10第1項に掲げる事項の変更に係るものにあつては第2号様式による変更届出書により、事業の廃止、休止、又は再開に係るものにあつては第3号様式による廃止・休止・再開届出書により、それぞれ行うものとする。

※ 介護保険法施行規則の条文は、現時点における改正案の予定条文である。規則の改正時期は3月上旬を予定。

（指定の辞退）

第4条 法第78条の7の規定による指定の辞退は、様式第4号による指定辞退届出書により行うものとする。

（事業所情報の提供）

第5条 市（町・村）長は、第2条から前条までの規定による指定又は届出の受理（以下この条において「指定等」という。）をしたときは、都道府県、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して、当該指定等に係る事業所に関する情報のうち、次に掲げる事項を提供することができる。

- (1) 事業所の名称及び所在地
- (2) 当該事業所の指定の申請者及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所

- (3) 指定年月日
- (4) 事業開始年月日
- (5) 運営規程
- (6) 介護保険事業所番号
(公示)

第6条 法第78条の10及び第115条の18の規定による公示は、法第78条の10各号及び第115条の18各号の措置に係る事業所に関する次に掲げる事項について行うものとする。

- (1) 介護保険事業所番号
- (2) 指定地域密着型サービス事業所又は指定地域密着型介護予防サービス事業所の名称及び所在地
- (3) 当該事業所の指定の申請者及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所
- (4) 指定、指定の辞退又は指定の取消しの年月日
- (5) サービスの種類
(委任)

第7条 この規則に規定するもののほか、指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関し必要な事項は、市（町・村）長が別に定める。

附 則

(施行期日)

第1条 この規則は、平成18年4月1日から施行する。

(指定等を行うために必要な準備)

第2条 市（町・村）長は、この規則の施行日前においても、指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関し必要な手続を行うことができる。

地域密着型サービス等の申請様式等一覧

1 夜間対応型訪問介護

| 申請様式 | 添付書類 |
|--|---|
| ○指定申請書 【第1号様式】 ○事業所の指定に係る記載事項 【付表1-1】 ○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 【付表1-2】 | ① 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 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 事業所の平面図 【参考様式3】 ⑤ 設備・備品等に係る一覧表 【参考様式5】 ⑥ オペレーションセンターサービスの概要（オペレーションセンターを設置しない場合のみ） ⑦ 随時訪問サービスの委託先（他の訪問介護事業所に委託する場合のみ） 【参考様式6】 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 【参考様式7】 ⑩ 当該申請に係る資産の状況 ⑪ 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 ⑫ 法第78条の2第4項各号に該当しないことを誓約する書面 【参考様式9-1】 ⑬ 役員の氏名等 【参考様式9-1】 |

2 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

| 申請様式 | 添付書類 |
|--|---|
| ○指定申請書 【第1号様式】 ○事業所の指定に係る記載事項（単独型・併設型） 【付表2-1】 ○事業所の指定に係る記載事項（共用型） 【付表2-2】 ○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 【付表2-3】 | ① 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 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 事業所の平面図 【参考様式3】 ⑤ 設備・備品等に係る一覧表 【参考様式5】 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 【参考様式7】 ⑧ サービス提供実施単位一覧表 【参考様式8】 ⑨ 当該申請に係る資産の状況 ⑩ 協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容 ⑪ 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 ⑫ 法第78条の2第4項各号又は第115条の11第2項各号に該当しないことを誓約する書面 【参考様式9-2】 ⑬ 役員の氏名等 【参考様式9-2】 |

3 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

| 申請様式 | 添付書類 |
|--|---|
| ○指定申請書 【第1号様式】 ○事業所の指定に係る記載事項 【付表3-1】 ○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 【付表3-2】 | ① 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 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 事業所の平面図 【参考様式3】 ⑤ 設備・備品等に係る一覧表 【参考様式5】 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 【参考様式7】 ⑧ 当該申請に係る資産の状況 ⑨ 協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容 ⑩ 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の概要 ⑪ 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 ⑫ 法第78条の2第4項各号又は第115条の11第2項各号に該当しないことを誓約する書面 【参考様式9-2】 ⑬ 役員の氏名等 【参考様式9-2】 ⑭ 介護支援専門員の氏名等 【参考様式10】 ⑮ 運営推進会議の構成員 【参考様式11】 |

4 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

| 申請様式 | 添付書類 |
|--|---|
| ○指定申請書 【第1号様式】 ○事業所の指定に係る記載事項 【付表4】 | ① 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 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 事業所の平面図 【参考様式3】 ⑤ 設備・備品等に係る一覧表 【参考様式5】 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 【参考様式7】 ⑧ 当該申請に係る資産の状況 ⑨ 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容 ⑩ 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の概要 ⑪ 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 ⑫ 法第78条の2第4項各号又は第115条の11第2項各号に該当しないことを誓約する書面 【参考様式9-2】 ⑬ 役員の氏名等 【参考様式9-2】 ⑭ 介護支援専門員の氏名等 【参考様式10】 ⑮ 運営推進会議の構成員 【参考様式11】 |

5 地域密着型特定施設入居者生活介護

| 申請様式 | 添付書類 |
|--|--|
| ○指定申請書 【第1号様式】 ○事業所の指定に係る記載事項 【付表5】 | ① 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 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 事業所の平面図 【参考様式3】 ⑤ 居室面積等一覧表 【参考様式4】 ⑥ 設備・備品等に係る一覧表 【参考様式5】 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7】 ⑨ 当該申請に係る資産の状況 ⑩ 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容 ⑪ 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 ⑫ 法第78条の2第4項各号に該当しないことを誓約する書面 【参考様式9-1】 ⑬ 役員の氏名等 【参考様式9-1】 ⑭ 介護支援専門員の氏名等 【参考様式10】 ⑮ 運営推進会議の構成員 【参考様式11】 |

6 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

| 申請様式 | 添付書類 |
|--|--|
| ○指定申請書 【第1号様式】 ○事業所の指定に係る記載事項 【付表6】 | ① 申請者の定款、寄付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許可証等の写し ③ 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 【参考様式1】 ④ 管理者の経歴 【参考様式2】 ⑤ 事業所の平面図 【参考様式3】 ⑥ 居室面積等一覧表 【参考様式4】 ⑦ 設備・備品等に係る一覧表 【参考様式5】 ⑧ 本体施設の概要、本体施設との間の移動経路、方法及び移動時間 ⑨ 併設する施設等の概要 ⑩ 施設を共用の場合の利用計画 ⑪ 運営規程 ⑫ 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7】 ⑬ 当該申請に係る資産の状況 ⑭ 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容 ⑮ 法第78条の2第4項各号に該当しないことを誓約する書面 【参考様式9-1】 ⑯ 役員の氏名等 【参考様式9-1】 ⑰ 介護支援専門員の氏名等 【参考様式10】 ⑱ 運営推進会議の構成員 【参考様式11】 |

受付番号

指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所 指定申請書

平成 年 月 日

市（町・村）長 殿

所在地
申請者 名称 印

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

事業所所在市町村番号

| | | | | | | | | |
|------------------|------------------|-------------------------------|--|----------------|---------------------|--------------------|----|-----|
| 申請者 | フリガナ 名称 | | | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等) | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | FAX番号 | | | | |
| | 法人の種類 | | | 法人所轄庁 | | | | |
| | 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 | | フリガナ氏名 | 生年月日 | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 代表者の住所 | (郵便番号 -) 県 郡市 | | | | | | |
| | 事業所等の所在地 | (郵便番号 -) 県 郡市 | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 同一所在地において行う事業の種類 | | | 実施事業 | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | 様式 | |
| | 地域密着型サービス | 夜間対応型訪問介護 | | | | | | 付表1 |
| | | 認知症対応型通所介護 | | | | | | 付表2 |
| | | 小規模多機能型居宅介護 | | | | | | 付表3 |
| | | 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | 付表4 |
| | | 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | 付表5 |
| | | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | | 付表6 |
| | 介護予防地域密着型サービス | 介護予防認知症対応型通所介護 | | | | | | 付表2 |
| | | 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | 付表3 |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | | | 付表4 | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | (既に指定を受けている場合) | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | | |

備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

2 「法人の種類」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」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

- 4 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
- 6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- 7 保険医療機関、保健薬局、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。
- 8 既に地域密着型サービス事業所の指定を受けている事業者が、地域密着型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の予定年月日」「当該申請に係る地域密着型介護予防サービス費の請求に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「役員の氏名、生年月日及び住所」「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、申請書への記載又は書類の提出を省略できます。また、既に地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、地域密着型サービス事業所の指定を受ける場合においても同様です。

付表 1-1 夜間対応型訪問介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|-------------------|----|----------|--------|-----------|----|-------|----|
| 事業所 | フリガナ | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) 県 郡市 | | | | | | | |
| | 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・寄附行為等の条文 | | 第 条第 項第 号 | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | | | | | (郵便番号 -) | | | |
| | 氏名 | | | | | 住所 | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | |
| | 当該夜間対応型訪問介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入) | | | | | | | | |
| オペレーションセンターの有無 | | 有 ・ 無 | | | | | | | |
| オペレーションセンターのか所数 | | か所 | | | | | | | |
| 予定利用者数 | 人 (うち他の市町村の予定利用者数 人) | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | 訪問介護員等 | | | | オペレーター | | 面接相談員 | |
| | | 定期巡回サービス | | 随時訪問サービス | | | | | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| | | 常勤 (人) | | | | | | | |
| | | 非常勤 (人) | | | | | | | |
| 基準上の必要人数 (人) | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | |
| 主な揭示事項 | 営業日 | | | | | | | | |
| | 営業時間 | | | | | | | | |
| | 利用料 | 法定代理受領分 (一割負担分) | | | | | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | | | | | | |
| | その他の費用 | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | | | | | | |
| 添付書類 | 別添のとおり | | | | | | | | |

- 備考
- 1 「受付番号」「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 他の市町村の区域においても事業の実施を予定している場合、「予定利用者数」欄に他の市町村の予定利用者数を記入してください。
 - 3 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。
 - 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 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表 1-2 夜間対応型訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号

| | | | | |
|----------------|--------|-------------------|--------|--|
| 事業所 | フリガナ | | | |
| | 名称 | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) 県 郡市 | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | FAX 番号 | |
| 主な 揭示 事項 | 営業日 | | | |
| | 営業時間 | | | |
| | 利用料 | 法定代理受領分 (一割負担分) | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | |
| | その他の費用 | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | |
| 添付書類 | | 別添のとおり | | |

- 備考 1 「受付番号」欄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。

別 添

指定申請に係る添付書類一覧

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

| | |
|--------------|--|
| 主たる事業所・施設の名称 | |
|--------------|--|

| 番号 | 添 付 書 類 | 申請する事業の種類 | | | 備考 |
|----|---|---------------|--|--|----|
| | | 夜間対応型 訪問介護 | | | |
| 1 | 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 | | | | |
| 2 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | | | | |
| 3 | 管理者の経歴 | | | | |
| 4 | 事業所の平面図 | | | | |
| 5 | 設備・備品等に係る一覧表 | | | | |
| 6 | オペレーションセンターサービスの概要(オペレーションセンターを設置しない場合のみ) | | | | |
| 7 | 随時訪問サービスの委託先(他の訪問介護事業所に委託する場合のみ) | | | | |
| 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 | 当該申請に係る資産の状況 | | | | |
| 11 | 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 | | | | |
| 12 | 法第78条の2第4項各号に該当しないことを誓約する書面 | | | | |
| 13 | 役員の氏名等 | | | | |

- 備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。
- 3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表2-1 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（単独型・併設型）

受付番号

| | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|----------------|-------------------|---------|--|
| 事業所 | フリガナ | | | | | |
| | 名称 | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) 県 都市 | | | | |
| | 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・寄附行為等の条文 | | | | 第 条第 項第 号 | | |
| 併設事業所の種別、名称 | | | 事業所番号 | | | |
| 管理者 | フリガナ | (郵便番号 -) | | | | |
| | 氏名 | 住所 | | | | |
| | 生年月日 | | | | | |
| | 当該認知症対応型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 | 事業所番号 | | | |
| | | 兼務する職種 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) | | | | | | |
| 基準上の必要人員(人) | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | |
| 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 | | |
| | | | m ² | m ² 以上 | | |
| 主な 揭示 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 | 法定代理受領分(一割負担分) | | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | | | |
| | 食事の提供に要する費用 | | | | | |
| | 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 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
- 4 従業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。
- 5 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表2-2 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（共用型）

受付番号

| | | | | | | |
|-----------------------------|---|--|----------------|-----------|---------|-----------|
| 事業所 | フリガナ | | | | | |
| | 名称 | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) 県 都市 | | | | |
| | 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・寄附行為等の条文 | | | | 第 条第 項第 号 | | |
| 種別 | | | | 事業所番号 | | |
| 名称 | | | | 開設年月日 | | |
| 本体の事業所等の入居者を含めた利用者数 | | | 人 | 当該事業の利用定員 | 人 | |
| 管理者 | フリガナ | | | | 住所 | (郵便番号 -) |
| | 氏名 | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | |
| | 当該認知症対応型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 | | | 事業所番号 |
| | | 兼務する職種及び勤務時間等 | ----- | | | |
| 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) | | | | | | |
| 基準上の必要人員(人) | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | m ² | | | |
| 主な揭示事項 | 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 | 法定代理受領分(一割負担分) | | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | | | |
| | 食事の提供に要する費用 | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | | | |
| 添付書類 | | 別添のとおり | | | | |

- 備考
- 「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。
 - 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。
 - 「種別」欄には、認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設の別を記入してください。
 - 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
 - 従業者の職種・員数については、本体事業と当該事業を併せた員数を記載してください。
 - 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表 2-3 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を
事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号

| | | | | |
|----------------|------------------------|--|-------------------|-------|
| 事業所 | フリガナ | | | |
| | 名称 | | | |
| 所在地 | (郵便番号 -) | | | |
| | 県 都市 | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | FAX 番号 | |
| | 食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積 | | 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 | 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 | 法定代理受領分(一割負担分) | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | |
| | 食事の提供に要する費用 | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | |

- 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 一のローテーションにおいて、事業所を複数有するときは、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。

別 添

指定申請に係る添付書類一覧

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

| | |
|--------------|--|
| 主たる事業所・施設の名称 | |
|--------------|--|

| 番号 | 添 付 書 類 | 申請する事業の種類 | | | 備考 |
|----|--|----------------|------------------------|--|----|
| | | 認知症対応型 通所介護 | 介護予防 認知症対応型 通所介護 | | |
| 1 | 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書 又は条例等 | | | | |
| 2 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | | | | |
| 3 | 管理者の経歴 | | | | |
| 4 | 事業所の平面図 | | | | |
| 5 | 設備・備品等に係る一覧表 | | | | |
| 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 | サービス提供実施単位一覧表 | | | | |
| 9 | 当該申請に係る資産の状況 | | | | |
| 10 | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容 | | | | |
| 11 | 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 | | | | |
| 12 | 法第78条の2第4項各号又は第115条の11 第2項各号に該当しないことを誓約する書面 | | | | |
| 13 | 役員の氏名等 | | | | |

- 備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。
 3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表3-1 小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|-------------------|-----------------|----|--------------------------|-------------|------------|----|
| 事業所 | フリガナ | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) 県 郡市 | | | | | | |
| | 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・寄附行為等の条文 | | | | | 第 | 条第 | 項第 | 号 |
| 併設施設等 | 種別 | 名称 | | | 事業所番号 | | | |
| 管理者 | フリガナ | | | | (郵便番号 -) | | | |
| | 氏名 | | | | 住所 | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | |
| | 当該小規模多機能型居宅介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入) | | | | | | | |
| | 併設する施設等の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入) | | 名称 | | | 事業所番号 | | |
| | | 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | |
| 通いサービスの利用者数 (推定数を記入) | | | | | 人 | | | |
| 登録定員 | 人 | | 通いサービスの利用定員 | 人 | | 宿泊サービスの利用定員 | 人 | |
| 従業者の職種・員数 | | | 介護従業者 | | うち看護職員 | | 介護支援専門員 | |
| | | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤 (人) | | | | | | | | |
| 非常勤 (人) | | | | | | | | |
| 常勤換算後の人数 (人) | | | | | | | | |
| 基準上の必要人数 (人) | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | |
| 建物構造概要 | 耐火構造物、準耐火構造物等の別 | | | | | | | |
| | 居間及び食堂の合計面積 | | ㎡ | | 基準上の必要面積 | | ㎡以上 適合の可否 | |
| | 個室以外の宿泊室の合計面積 | | ㎡ | | 宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数 | | 人 基準上の必要数値 | |
| | | | | | | | ㎡以上 適合の可否 | |
| 主な揭示事項 | 営業日 | | | | | | | |
| | 営業時間 | | | | | | | |
| | 登録定員 | | 人 | | | | | |
| | 通いサービスの利用定員 | | 人 | | | | | |
| | 宿泊サービスの利用定員 | | 人 | | | | | |
| | 利用料 | | 法定代理受領分 (一割負担分) | | | | | |
| | | | 法定代理受領分以外 | | | | | |
| | 食事の提供に要する費用 | | | | | | | |
| | 宿泊に要する費用 | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | | | | | |
| 療協機関 | 名称 | | | | | 主な診療科名 | | |
| | 名称 | | | | | 主な診療科名 | | |
| 運営推進会議の有無 | | | 有 ・ 無 | | | | | |
| 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」欄には、記入しない

てください。

- 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 「併設施設等」欄には、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設の別を記載してください。
- 4 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
- 5 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表3-2 小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号

| | | | | | | | |
|-----------|-----------------|----------------|--------------------------|---|-------------------|-------------------|-------|
| 事業所 | フリガナ | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | |
| | | 県 都市 | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | FAX番号 | | |
| 建物構造概要 | 耐火構造物、準耐火構造物等の別 | | | | | | |
| | 居間及び食堂の合計面積 | m ² | 基準上の必要面積 | | m ² 以上 | 適合の可否 | |
| | 個室以外の宿泊室の合計面積 | m ² | 宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数 | 人 | 基準上の必要数値 | m ² 以上 | 適合の可否 |
| 主な揭示事項 | 登録定員 | 人 | | | | | |
| | 通いサービスの利用定員 | 人 | | | | | |
| | 宿泊サービスの利用定員 | 人 | | | | | |
| | 利用料 | 法定代理受領分(一割負担分) | | | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | | | | |
| | 食事の提供に要する費用 | | | | | | |
| | 宿泊に要する費用 | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | | | | |

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。

別 添

指定申請に係る添付書類一覧

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

| | |
|--------------|--|
| 主たる事業所・施設の名称 | |
|--------------|--|

| 番号 | 添 付 書 類 | 申請する事業の種類 | | | 備考 |
|----|--|-----------------|-------------------------|--|----|
| | | 小規模多機能型 居宅介護 | 介護予防 小規模多機能型 居宅介護 | | |
| 1 | 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書 又は条例等 | | | | |
| 2 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | | | | |
| 3 | 管理者の経歴 | | | | |
| 4 | 事業所の平面図 | | | | |
| 5 | 設備・備品等に係る一覧表 | | | | |
| 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 | 当該申請に係る資産の状況 | | | | |
| 9 | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容 | | | | |
| 10 | 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の概要 | | | | |
| 12 | 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 | | | | |
| 13 | 法第78条の2第4項各号又は第115条の11 第2項各号に該当しないことを誓約する書面 | | | | |
| 14 | 役員の氏名等 | | | | |
| 15 | 介護支援専門員の氏名等 | | | | |
| 16 | 運営推進会議の構成員 | | | | |

備考1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表4 認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

| | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------|-----------|--------------|----|
| 事業所 | フリガナ | | | | |
| | 名称 | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) 県 都市 | | | |
| | 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・寄附行為等の条文 | | | 第 条第 項第 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 | 事業所番号 | | |
| | | 兼務する職種及び勤務時間等 | | | |
| 共同生活住居数 | 戸 | ① | ② | | |
| 利用者数 (推定数を記入) | 人 | 人 | 人 | | |
| 従業者の職種・員数 | | 介護従業者 | | 計画作成担当者 | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤 (人) | | | | | |
| 非常勤 (人) | | | | | |
| 常勤換算後の人数 (人) | | | | | |
| 基準上の必要人数 (人) | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | |
| 主な揭示事項 | 居室数 | | (うち個室 室) | (うち個室 室) | |
| | 利用定員 | | 人 | 人 | |
| | 利用料 | 法定代理受領分 (一割負担分) | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | | |
| その他の費用 | | | | | |
| 機 協 関 力 医 療 | 名称 | | 主な診療科名 | | |
| | 名称 | | 主な診療科名 | | |
| 耐火構造物、準耐火構造物等の別 | | | | | |
| 運営推進会議の有無 | | 有 ・ 無 | | | |
| 添付書類 | | 別添のとおり | | | |

- 備考
- 「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。
 - 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。
 - 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
 - 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

別 添

指定申請に係る添付書類一覧

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

| | |
|--------------|--|
| 主たる事業所・施設の名称 | |
|--------------|--|

| 番号 | 添 付 書 類 | 申請する事業の種類 | | | 備考 |
|----|--|------------------|--------------------------|--|----|
| | | 認知症対応型 共同生活介護 | 介護予防 認知症対応型 共同生活介護 | | |
| 1 | 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書 又は条例等 | | | | |
| 2 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | | | | |
| 3 | 管理者の経歴 | | | | |
| 4 | 事業所の平面図 | | | | |
| 5 | 設備・備品等に係る一覧表 | | | | |
| 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 | 当該申請に係る資産の状況 | | | | |
| 9 | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容 | | | | |
| 10 | 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の概要 | | | | |
| 11 | 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 | | | | |
| 12 | 法第78条の2第4項各号又は第115条の11 第2項各号に該当しないことを誓約する書面 | | | | |
| 13 | 役員の氏名等 | | | | |
| 14 | 介護支援専門員の氏名等 | | | | |
| 15 | 運営推進会議の構成員 | | | | |

備考1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表5 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------------|------------------------------|----|------|----------|-----------|-------|---------|----|---|----|----|---|
| 事業所 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) 県 都市 | | | | | | | | | | | | |
| | 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・寄附行為等の条文 | | | | | | | | | | | 第 | 条第 | 項第 | 号 |
| 施設の区分 | 有料老人ホーム | | | | | 施設開設年月日 | | | | | | | | |
| | 軽費老人ホーム | | | | | 施設開設年月日 | | | | | | | | |
| | 高齢者専用賃貸住宅 | | | | | 施設開設年月日 | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | | | | | 住所 | (郵便番号 -) | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | |
| | 当該特定施設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 (兼務の場合記入) | 名称 | | | | | 事業所番号 | | | | | | | |
| | 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者数 (推定数を記入) | | 人 (前年の平均値、新規の場合は推定数を記入) | | | | | | | | | | | | |
| | | 要介護者 | | | | | 人 | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準上の必要人数 (人) | | | | | | | | | | | | | |
| | 適合の可否 | | | | | | | | | | | | | |
| 主な揭示事項 | 入居定員 | | | | | | | | | | | | | |
| | 居室数 | | | | | | | | | | | | | |
| | 利用料 | | 法定代理受領分 (一割負担分) 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | |
| | その他の費用 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| 概要建物構造 | 耐火建築物、準耐火建築物等の別 | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護居室の | | | | | 基準上の必要数値 | | 適合の可否 | | | | | | |
| | 1室の最大定員 | | | | | 人 | | 人以下 | | | | | | |
| 運営推進会議の有無 | | 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | |
| 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 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
 4 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

別 添

指定申請に係る添付書類一覧

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

| | |
|--------------|--|
| 主たる事業所・施設の名称 | |
|--------------|--|

| 番号 | 添付書類 | 申請する事業の種類 | | | 備考 |
|----|------------------------------|-------------|--|--|----|
| | | 特定施設入居者生活介護 | | | |
| 1 | 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 | | | | |
| 2 | 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表 | | | | |
| 3 | 管理者の経歴 | | | | |
| 4 | 事業所の平面図 | | | | |
| 5 | 居室面積等一覧表 | | | | |
| 6 | 設備・備品等に係る一覧表 | | | | |
| 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 | 当該申請に係る資産の状況 | | | | |
| 10 | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容 | | | | |
| 11 | 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 | | | | |
| 12 | 法第78条の2第4項各号に該当しないことを誓約する書面 | | | | |
| 13 | 役員の氏名等 | | | | |
| 14 | 介護支援専門員の氏名等 | | | | |
| 15 | 運営推進会議の構成員 | | | | |

備考1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表6 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定に係る記載事項

受付番号

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---------------|---------------|------------------|-----------|-----------|-------|----------------|--|
| 施設 | フリガナ | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | |
| | 所在地 | | (郵便番号 -) | | 県 | | 都市 | | |
| | 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・寄附行為等の条文 | | | | | 第 条第 項第 号 | | | | |
| 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、施設又は本体施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入) | | 名称 | | 事業所番号 | | | | |
| | | | 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | |
| 本体施設の有無 | | 有 ・ 無 | | | | | | | |
| 併設事業所の有無 | | 有 ・ 無 | | 併設事業所の名称、定員 | | | | | |
| 短期入所生活介護の実施の有無 | | 有 ・ 無 | | 事業の実施形態 | | 空床型 ・ 併設型 | | | |
| 入居者数(推定数を記入) | | 人 | | 短期入所利用者数(併設型の場合) | | 人(推定数を記入) | | | |
| 従業者の職種・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 | |
| 地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数 | | 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 | |
| 地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数 | | 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等 | | 地域密着型介護老人福祉施設 | | | 短期入所生活介護 | | | | |
| | | 基準上の必要値 | | 適合の可否 | 基準上の必要値 | | 適合の可否 | | |
| 居室 | 1室の最大定員 | 人 | 人以下 | | 人 | 人以下 | | | |
| | 入所者1人あたりの最小床面積 | ㎡ | ㎡ | | ㎡ | ㎡ | | | |
| 食堂と機能訓練室の合計面積 | | ㎡ | ㎡ | | ㎡ | ㎡ | | | |
| 廊下 | 片廊下の幅 | m | m | | m | m | | | |
| | 中廊下の幅 | m | m | | m | m | | | |
| 主な揭示事項 | | | | | | | | | |
| 入所(利用)定員 | | | | 人 | | 人 | | | |
| 料 | 法定代理受領分(一割負担分) | | | | | | | | |
| | 法定代理受領分以外 | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | | | | | | |
| 療 協 機 力 関 医 | 名称 | | | 主な診療科名 | | | | | |
| | 名称 | | | 主な診療科名 | | | | | |
| 運営推進会議の有無 | | 有 ・ 無 | | | | | | | |
| 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 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態(空床型・併設型の別)」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方に○を付してください。
 4 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の主な揭示事項、設備基準上の数値記載項目等欄

については、記載を要しません。

- 5 「※兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記載してください。
- 6 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。
- 7 当該指定地域密着型介護福祉施設サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型介護福祉施設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。

別 添

指定申請に係る添付書類一覧

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

| | |
|--------------|--|
| 主たる事業所・施設の名称 | |
|--------------|--|

| 番号 | 添 付 書 類 | 申請する事業の種類 | | | 備考 |
|----|-------------------------------|-------------------------|--|--|----|
| | | 介護老人福祉 施設入所者 生活介護 | | | |
| 1 | 申請者の定款、寄付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許可証等の写し | | | | |
| 3 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | | | | |
| 4 | 管理者の経歴 | | | | |
| 5 | 事業所の平面図 | | | | |
| 6 | 居室面積等一覧表 | | | | |
| 7 | 設備・備品等に係る一覧表 | | | | |
| 8 | 本体施設の概要、本体施設との間の移動経路、方法及び移動時間 | | | | |
| 9 | 併設する施設の概要 | | | | |
| 10 | 施設を共用の場合の利用計画 | | | | |
| 11 | 運営規程 | | | | |
| 12 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | | | | |
| 13 | 当該申請に係る資産の状況 | | | | |
| 14 | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容 | | | | |
| 15 | 法第78条の2第4項各号に該当しないことを誓約する書面 | | | | |
| 16 | 役員の氏名等 | | | | |
| 17 | 介護支援専門員の氏名等 | | | | |
| 18 | 運営推進会議の構成員 | | | | |

備考1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

(参考様式2)

管 理 者 経 歴 書

| | | | |
|------------------|-----------|--------|-------|
| 事業所又は施設の名称 | | | |
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏名 | | | |
| 住所 | (郵便番号 -) | 電話番号 | |
| 主 な 職 歴 等 | | | |
| 年 月 ~ 年 月 | 勤 務 先 等 | | 職務内容 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 職務に関連する資格 | | | |
| 資格の種類 | | 資格取得年月 | |
| | | | |
| 備 考 (研修等の受講の状況等) | | | |

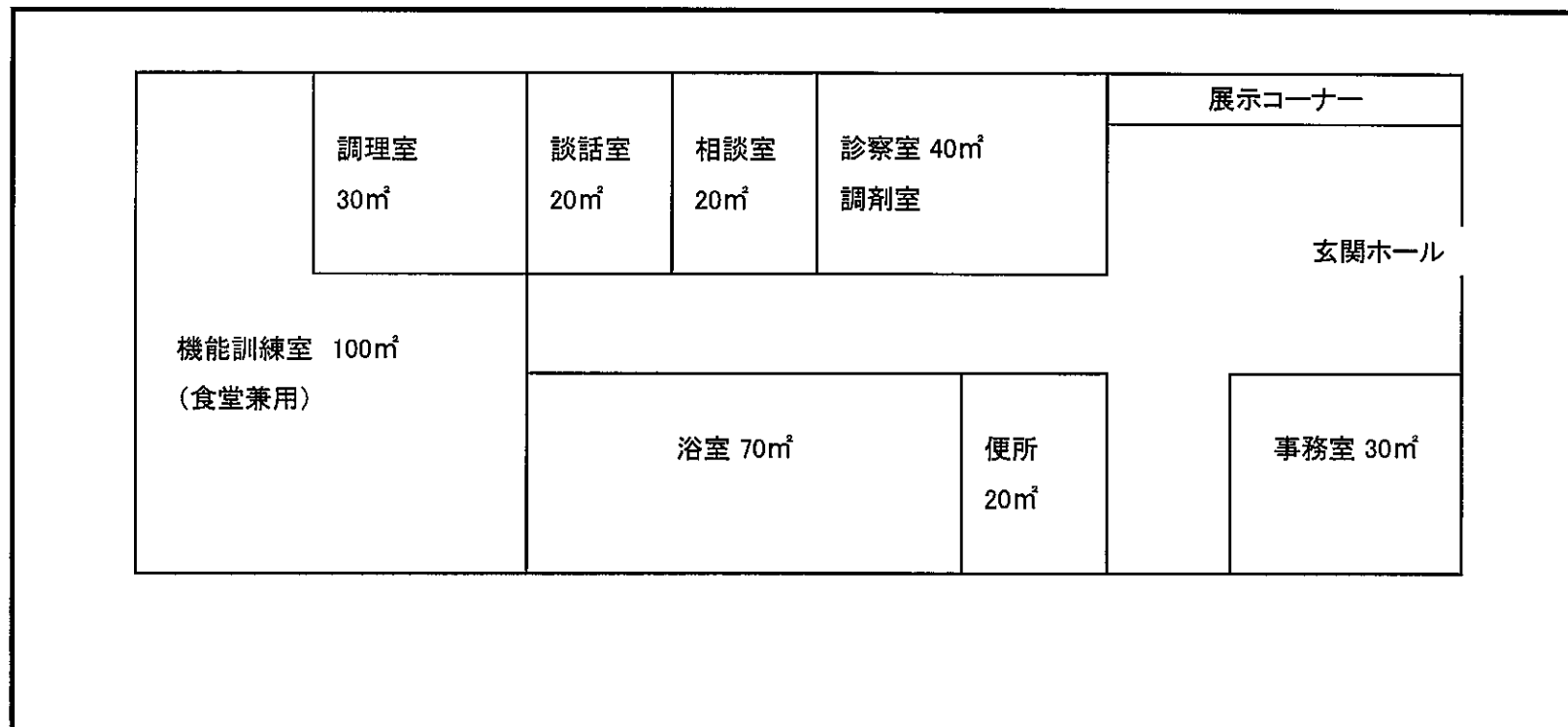
備考1 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

2 当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。

(参考様式3)

平面図

| | |
|-----------|--|
| 事業所・施設の名称 | |
|-----------|--|



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4)

居室面積一覧表

サービス種類()
事業所・施設名()

| 部屋の種類 | 設置階 | ()階 | | | ()階 | | | ()階 | | | 合計 | |
|----------------|-------|------|-----|----|------|-----|----|------|-----|----|----|----|
| | | 室数 | 面積 | 備考 | 室数 | 面積 | 備考 | 室数 | 面積 | 備考 | 室数 | 面積 |
| (居室・療養室) | 1室の定員 | | () | | | () | | | () | | | |
| | | | () | | | () | | | () | | | |
| | | | () | | | () | | | () | | | |
| | | | () | | | () | | | () | | | |
| | | | () | | | () | | | () | | | |
| | | | () | | | () | | | () | | | |
| | | | () | | | () | | | () | | | |
| | | | () | | | () | | | () | | | |
| 片廊下の幅 | | | m | | | m | | | m | | | |
| 中廊下の幅 | | | m | | | m | | | m | | | |
| 共用する施設・事業所名() | | | | | | | | | | | | |

- 備考
- 1 設備基準で定められた部屋について、設置階ごとに記入してください。
 - 2 居室・療養室については、「1室の定員」ごとに分けて記入してください。また同じ定員でも、面積の異なる部屋がある場合は、さらにそれぞれの部屋ごとに分けて記入してください。
 - 3 「1人当たり面積」の算出が必要な設備は、面積欄の()内に記入してください。(算出にあたって、小数点以下第2位を切り捨ててください。)
 - 4 部屋の種類ごとにまとめて、合計の室数・面積を記入してください。
 - 5 他の事業所又は施設と共用している場合は、「備考欄」に「共用」と記入し、「共用する事務所・施設名」欄に正式名称を記入し、共用先の当該部分の平面図を添付してください。
 - 6 同一の事業所又は施設の他の部屋と兼用している場合は、「備考欄」に「〇〇室と兼用」と記入してください。
 - 7 設置階数が様式の欄を超える場合は、複数枚に分けて記入し、まとめて提出してください。

(参考様式5)

設備・備品等一覧表

サービス種類 ()
事業所名・施設名 ()

| 部屋・設備の種類 | 設備基準上適合すべき項目についての状況 | 適合の可否 |
|----------------------------------|---------------------|-------|
| サービス提供上配慮すべき設備の概要 非常災害設備等 | | |
| 備品の目録 | 備品の品名及び数量 | |
| | | |

備考1 申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。

2 必要に応じて写真等を添付し、その旨を併せて記載してください。

3 「適合の可否」の欄には、何も記載しないでください。

(参考様式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

| | |
|------------|--|
| 事業所又は施設名 | |
| 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 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入してください。

(参考様式 8)

サービス提供実施単位一覧表

(記載例)

| 曜日 時間 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|----------|------------|-----------|---|---|---|---|---|
| 9:00 | (例) □ | (例) □ | | | | | |
| 12:00 | | □ (6人) | | | | | |
| 15:00 | (12人) □ | □ (6人) | | | | | |
| 18:00 | | □ (6人) | | | | | |
| 21:00 | (12人) □ | | | | | | |
| 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。

(参考様式 9-1)

介護保険法第 78 条の 2 第 4 項各号の規定に該当しない旨の誓約書

平成 年 月 日

市(町・村)長 殿

所在地
申請者

名 称

代表者名

印

住 所

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

記

【介護保険法第 78 条の 2 第 4 項】

- 一 申請者が法人でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第七十八条の四第一項の厚生労働省令で定める基準若しくは同項の厚生労働省令で定める員数又は同条第四項に規定する指定地域密着型サービスに従事する従業者に関する基準を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第七十八条の四第二項又は第四項に規定する指定地域密着型サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な地域密着型サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 当該申請に係る事業所が当該市町村の区域の外にある場合であって、その所在地の市町村長の同意を得ていないとき。
- 五 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 六 申請者が、第七十八条の九(第二号から第五号までを除く。)の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者であるとき。
- 七 申請者が、第七十八条の九(第二号から第五号までを除く。)の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第七十八条の五の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)又は第七十八条の七の規定による指定の辞退をした者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出又は指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 八 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 九 申請者の役員等のうちに次のいずれかに該当する者があるとき。
 - イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者
 - ロ 第五号又は前号に該当する者
 - ハ 第七十八条の九(第二号から第五号までを除く。)の規定により指定を取り消された法人において、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内にその役員等であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないもの
 - ニ 第七号に規定する期間内に第七十八条の五の規定による事業の廃止の届出をした法人(当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。)又は第七十八条の七の規定による指定の辞退をした法人(当該指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。)において、同号の通知の日前六十日以内にその役員等であった者で当該届出又は指定の辞退の日から起算して五年を経過しないもの

| 役員等名簿 | | | | |
|--------------|--------|------------------------|-----------------------|----|
| (ふりがな) 氏名 | 生年月日 | 住 <small>（しゅう）</small> | 所 <small>（がら）</small> | 押印 |
| | 役職名・呼称 | TEL | FAX | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

備考 当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所を管理する者について記入・押印してください。

(参考様式 9-2)

介護保険法第 78 条の 2 第 4 項各号及び第 115 条の 11 第 2 項各号
の規定に該当しない旨の誓約書

平成 年 月 日

市(町・村)長 殿

所在地
申請者

名 称

代表者名

印

住 所

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

記

【介護保険法第 78 条の 2 第 4 項】

- 一 申請者が法人でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第七十八条の四第一項の厚生労働省令で定める基準若しくは同項の厚生労働省令で定める員数又は同条第四項に規定する指定地域密着型サービスに従事する従業者に関する基準を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第七十八条の四第二項又は第四項に規定する指定地域密着型サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な地域密着型サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 当該申請に係る事業所が当該市町村の区域の外にある場合であって、その所在地の市町村長の同意を得ていないとき。
- 五 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 六 申請者が、第七十八条の九(第二号から第五号までを除く。)の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者であるとき。
- 七 申請者が、第七十八条の九(第二号から第五号までを除く。)の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第七十八条の五の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)又は第七十八条の七の規定による指定の辞退をした者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出又は指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 八 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 九 申請者の役員等のうちに次のいずれかに該当する者があるとき。
 - イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者
 - ロ 第五号又は前号に該当する者
 - ハ 第七十八条の九(第二号から第五号までを除く。)の規定により指定を取り消された法人において、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内にその役員等であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないもの
 - ニ 第七号に規定する期間内に第七十八条の五の規定による事業の廃止の届出をした法人(当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。)又は第七十八条の七の規定による指定の辞退をした法人(当該指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。)において、同号の通知の日前六十日以内にその役員等であった者で当該届出又は指定の辞退の日から起算して五年を経過しないもの

【介護保険法第 115 条の 11 第 2 項】

- 一 申請者が法人でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第一百五十五条の十三第一項の厚生労働省令で定める基準若しくは同項の厚生労働省令で定める員数又は同条第四項に規定する指定地域密着

型介護予防サービスに従事する従業者に関する基準を満たしていないとき。

- 三 申請者が、第百十五条の十三第二項又は第四項に規定する指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な地域密着型介護予防サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 当該申請に係る事業所が当該市町村の区域の外にある場合であって、その所在地の市町村長の同意を得ていないとき。
- 五 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 六 申請者が、第百十五条の十七（第二号から第五号までを除く。）の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者であるとき。
- 七 申請者が、第百十五条の十七（第二号から第五号までを除く。）の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第百十五条の十四の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 八 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 九 申請者の役員等のうちに次のいずれかに該当する者があるとき。
 - イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者
 - ロ 第五号又は前号に該当する者
 - ハ 第百十五条の十七（第二号から第五号までを除く。）の規定により指定を取り消された法人において、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内にその役員等であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないもの
 - ニ 第七号に規定する期間内に第百十五条の十四の規定による事業の廃止の届出をした法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）において、同号の通知の日前六十日以内にその役員等であった者で当該届出の日から起算して五年を経過しないもの

| 役員等名簿 | | | |
|--------------|--------|--------------|----|
| (ふりがな) 氏名 | 生年月日 | (ふりがな) 住所 | 押印 |
| | 役職名・呼称 | TEL FAX | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

備考 当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所を管理する者について記入・押印してください。

(参考様式10)

当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

| フリガナ 氏 名 | 介護支援専門員番号 |
|-------------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

(参考様式 11)

〇〇〇事業所 運営推進会議

| 氏 名 | 構成区分 | 職名等 |
|-----|------|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

※1 「構成区分」欄には、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市町村の職員又は地域包括支援センターの職員、当該事業について知見を有する者等の別を記入してください。

※2 「職名等」には、市町村職員の職名、町内会長、民生委員等を記入してください。

(参考)

指定申請に係る添付書類一覧 (チェック用)

| 番号 | 添付書類 | 申請する事業の種類 | | | | | | 参考様式の有無 |
|----|--------------------------------------|--------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| | | 夜間対応型 訪問介護 ① | 認知症対応型 通所介護 (介護予防) ② | 小規模多機能型 居宅介護 (介護予防) ③ | 認知症対応型 共同生活介護 (介護予防) ④ | 地域密着型 特定施設入居者 生活介護 ⑤ | 地域密着型 介護老人福祉施設 入所者生活介護 ⑥ | |
| 1 | 申請者の定款、寄付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許可証等の写し | — | — | — | — | — | ○ | |
| 3 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 参考様式 1 |
| 4 | 管理者の経歴 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 参考様式 2 |
| 5 | 事業所の平面図 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 参考様式 3 |
| 6 | 居室面積等一覧表 | — | — | — | — | ○ | ○ | 参考様式 4 |
| 7 | 設備・備品等に係る一覧表 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 参考様式 5 |
| 8 | オペレーションセンターサービスの概要(センターを設置しない場合のみ) | ○ | — | — | — | — | — | |
| 9 | 随時訪問サービスの委託先(他の訪問介護事業所に委託する場合のみ) | ○ | — | — | — | — | — | 参考様式 6 |
| 10 | 本体施設の概要、本体施設との間の移動経路、方法及び移動時間 | — | — | — | — | — | ○ | |
| 11 | 併設する施設の概要 | — | — | — | — | — | ○ | |
| 12 | 施設を共用の場合の利用計画 | — | — | — | — | — | ○ | |
| 13 | 運営規程 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 14 | 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 7 |
| 15 | サービス提供実施単位一覧表 | — | ○ | — | — | — | — | 参考様式 8 |
| 16 | 当該申請に係る資産の状況 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 17 | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容 | — | — | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 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の概要 | — | — | ○ | ○ | — | — | |
| 19 | 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 20 | 誓約書 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 参考様式 9-1 参考様式 9-2 |
| 21 | 役員の氏名、生年月日及び住所 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 参考様式 9-1 参考様式 9-2 |
| 22 | 介護支援専門員の氏名及び登録番号 | — | — | ○ | ○ | ○ | ○ | 参考様式 10 |
| 23 | 運営推進会議の構成員 | — | — | ○ | ○ | ○ | ○ | 参考様式 11 |

変 更 届 出 書

平成 年 月 日

市（町・村）長 殿

所在地

事業 者 名 称 印

代表者氏名

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。

| 指定内容を変更した事業所（施設） | | 介護保険事業者番号 | | | | | | | |
|------------------|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 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・施設の名称 | (変更前) | | | | | | | |
| 2 | 事業所・施設の所在地 | | | | | | | | |
| 3 | 申請者の名称 | | | | | | | | |
| 4 | 主たる事務所の所在地 | | | | | | | | |
| 5 | 代表者の氏名、住所及び職名 | | | | | | | | |
| 6 | 定款・寄附行為等及びその登録事項証明書又は条例等 (当該事業に関するものに限る。) | | | | | | | | |
| 7 | 事業所・施設の建物の構造、専用区画等 | | | | | | | | |
| 8 | 事業所・施設の管理者の氏名及び住所 | (変更後) | | | | | | | |
| 9 | 運営規程 | | | | | | | | |
| 10 | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 | | | | | | | | |
| 11 | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との 連携・支援体制 | | | | | | | | |
| 12 | 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 | | | | | | | | |
| 13 | 役員の氏名及び住所 | | | | | | | | |
| 14 | 本体施設、本体施設との移動経路等 | | | | | | | | |
| 15 | 併設施設の状態等 | | | | | | | | |
| 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。

廃止・休止・再開届出書

平成 年 月 日

市(町・村)長 殿

所在地

事業者 名称 印

代表者氏名

次のとおり事業の廃止(休止・再開)をしましたので届け出ます。

| | | | | | | | | |
|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| | 介護保険事業者番号 | | | | | | | |
| 廃止(休止・再開)する事業所 | 名称 | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | |
| サービスの種類 | | | | | | | | |
| 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 (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っては、施行規則に定める当該事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

指定辞退届出書

平成 年 月 日

市(町・村)長 殿

所在地

事業者 名称

印

代表者氏名

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

| | 介護保険事業者番号 | | | | | | | | |
|--------------------|-----------|---|---|---|--|--|--|--|--|
| 指定を辞退する施設 | 名称 | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | |
| 指定を受けた年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 指定を辞退する年月日 | 平成 | 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 | | | | | | | | | |

注 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

地域密着型サービス事業所台帳に記載する項目(案)

| 項目 | 夜間対応訪問介護 | 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 |
|----------------|----------|----------------|-----------------|------------------|----------------------|--------------------------|
| 事業所番号 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 申請者名称 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 申請者所在地 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 申請者連絡先 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 申請受理年月日 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 法人種別 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 代表者氏名 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 代表者の職名 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 代表者の生年月日 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 事業所名称 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 事業所所在地 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 事業所連絡先 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 事業開始予定年月日 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 管理者氏名 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 管理者の生年月日 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 従業者の職種・員数・資格 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 常勤換算後の人数 | × | × | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 営業日 | ○ | ○ | ○ | × | × | × |
| 営業時間 | ○ | ○ | ○ | × | × | × |
| 利用料法定代理受領分 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 利用料法定代理受領分以外 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| その他の費用 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 事業の実施地域 | ○ | ○ | ○ | × | × | × |
| 利用人数(登録人数) | ○ | × | ○ | × | × | × |
| 通所定員 | × | ○ | ○ | × | × | × |
| 宿泊定員 | × | × | ○ | × | × | × |
| 入居定員 | × | × | × | ○ | ○ | ○ |
| 協力医療機関 | × | × | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 建物の構造 | × | × | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 居室面積 | × | × | × | ○ | ○ | ○ |
| 宿泊面積 | × | × | ○ | × | × | × |
| 食堂、機能訓練室・居間の面積 | × | ○ | ○ | × | × | ○ |
| 廊下幅 | × | × | × | × | × | ○ |
| 運営推進会議 | × | × | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 指定の有無 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 指定年月日 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 指定取消年月日 | | | | | | |