

付表 1 訪問介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 - )			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
		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(兼務の場合記入)		名称		
		兼務する職種及び勤務時間等	-----		
○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 - )			
	連絡先	電話番号		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 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職員も含めて記載してください。

(別添)

付表 1 訪問介護事業所の指定に係る記載事項 添付書類

	添付書類	備考
1	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	サービス提供責任者の経歴	
4	平面図	
5	運営規程	
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	
7	誓約書	

備考 3 「サービス提供責任者の経歴」は、次の書類に代えることが可能です（通知「指定訪問介護事業者の指定申請等におけるサービス提供責任者の経歴に係る提出書類の取扱いについて」（平成20年7月29日老振発第0729002号））。

- (1) 介護福祉士の場合、「介護福祉士登録証」
- (2) 介護職員基礎研修課程修了者及び訪問介護に関する1級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」
- (3) 訪問介護に関する2級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」及び「3年以上介護等の業務に従事したことがわかる書類」

付表 2 訪問入浴・介護予防訪問入浴介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - )		
	連絡先	電話番号	FAX 番号	
管理者	フリガナ	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	
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。

(別添)

付表 2 訪問入浴・介護予防訪問入浴介護事業所の指定に係る記載事項 添付書類

	添付書類	備考
1	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	平面図	
4	設備・備品等一覧表	
5	運営規程	
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	
7	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容	
8	誓約書	

付表 3 訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 - )						
	連絡先	電話番号		FAX番号				
	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内で兼務する他の職種 (兼務の場合記入)							
	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			兼務する職種及び勤務時間等		
○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
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 - )						
	連絡先	電話番号		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別様に記載した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職員も含めて記載してください。

(別添)

付表 3 訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定に係る記載事項 添付書類

	添付書類	備考
1	登記事項証明書又は条例等	
2	病院・診療所の使用許可証等の写	
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	
4	訪問看護ステーション管理者の免許証の写	
5	平面図	
6	運営規程	
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	
8	誓約書	

備考 2「病院・診療所の使用許可証等の写」は、病院・診療所において行う場合のみ添付してください。この場合、4「訪問看護ステーション管理者の免許証の写」を添付する必要はありません。

付表4 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に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 - )			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
	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				
○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
常勤(人)					
非常勤(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 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。

(別添)

付表4 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に係る記載事項 添付書類

	添付書類	備考
1	登記事項証明書又は条例等	
2	病院・診療所の使用許可証等の写	
3	平面図	
4	運営規程	
5	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	
6	誓約書	

備考 2「病院・診療所の使用許可証等の写」は、病院・診療所において行う場合のみ添付してください。



付表5 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に係る記載事項

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 - )				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	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					
○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	
常勤(人)						
非常勤(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 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。
- 3 「歯科衛生士」には、保健師、看護師、准看護師を含みます。

(別添)

付表5 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に係る記載事項 添付書類

	添付書類	備考
1	登記事項証明書又は条例等	
2	病院・診療所の使用許可証等の写	
3	薬局の開設許可証の写	
4	平面図	
5	運営規程	
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	
7	誓約書	

備考 2「病院・診療所の使用許可証等の写」は、病院・診療所において行う場合のみ添付してください。3「薬局の開設許可証の写」は、薬局において行う場合のみ添付してください。

付表 6 通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 - )			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
		Email			
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	-----		
○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
常勤(人)					
非常勤(人)					
○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 <sup>2</sup>		
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)				
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 - )			
	連絡先	電話番号		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 <sup>2</sup>		
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)				
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 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職員も含めて記載してください。

(別添)

付表 6 通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項 添付書類

	添付書類	備考
1	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	平面図	
4	設備・備品等一覧表	
5	運営規程	
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	
7	誓約書	

付表7 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に係る記載事項

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 - )				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
	Email					
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				
		基準第111条第1項診療所				
		同条第2項診療所				
		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		理学療法士	作業療法士	看護職員	介護職員	医師
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			m <sup>2</sup>			
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)					
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 従業者の員数については、総数を記載してください。
- 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。

(別添)

付表7 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に係る記載事項 添付書類

	添付書類	備考
1	登記事項証明書又は条例等	
2	病院・診療所の使用許可証等の写	
3	介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可証の写	
4	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	
5	平面図	
6	設備・備品等一覧表	
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	誓約書	

備考 2「病院・診療所の使用許可証等の写」は、病院・診療所において行う場合のみ添付してください。3「介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可証の写」は、老人保健施設又は介護医療院において行う場合のみ添付してください。

付表 8 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に係る記載事項(単独型)

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 - )							
	連絡先	電話番号			FAX 番号				
		Email							
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			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				
○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					
	利用者1人あたりの最小床面積			m <sup>2</sup>					
	食堂と機能訓練室の合計面積				m <sup>2</sup>				
	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。

(別添)

付表 8 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に係る記載事項 添付書類

	添付書類	備考
1	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	平面図	
4	設備・備品等一覧表	
5	運営規程	
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	
7	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容	
8	誓約書	



付表 8-2 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)

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 - )							
	連絡先	電話番号		FAX 番号					
管理者	フリガナ								
	氏名								
	生年月日								
	住所		(郵便番号 - )						
	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						
		兼務する職種及び勤務時間等		-----					
空床型・併設型の別		<input type="checkbox"/> 空床型	<input type="checkbox"/> 併設型	短期入所利用者数(併設型のみ)	人(推定数を記入)				
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						
○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
短期入所生活介護及び 本体施設従事人数	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				
短期入所生活介護及び 本体施設従事人数	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						
特別養護老人ホームの入所定員			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別様に記載した書類を添付してください。
- 2 本様式は、特別養護老人ホームの空床を利用して事業を行う場合又は施設に併設する事業所において事業を行う場合に係る申請に利用してください。また、「空床型・併設型の別」欄の空床型・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 特別養護老人ホームと同時に申請をする場合は、本様式への記載を要しません。
- 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 従業員の職種・員数の「※兼務」欄は、本体施設以外との兼務を行う職員について記載してください。
- 6 空床利用型の場合は、「設備に関する基準の確認に必要な事項」及び「短期入所利用定員」欄の記入は不要です。

(別添)

付表 8-2 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に係る記載事項 添付書類

	添付書類	備考
1	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	平面図	
4	設備・備品等一覧表	
5	運営規程	
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	
7	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容	
8	誓約書	

付表 8-3 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	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 - )							
	連絡先	電話番号				FAX 番号			
管理者		Email							
	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(兼務の場合記入)	名称							
	兼務する職種及び勤務時間等	-----							
本体施設の種別					短期入所利用者数	人(推定数を記入)			
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				
○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			m <sup>2</sup>					
	食堂と機能訓練室の合計面積			m <sup>2</sup>					
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別様に記載した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。

(別添)

付表 8-3 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に係る記載事項 添付書類

	添付書類	備考
1	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	平面図	
4	設備・備品等一覧表	
5	運営規程	
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	
7	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容	
8	誓約書	

付表9 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に係る記載事項

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 - )										
	連絡先	電話番号					FAX 番号					
事業所種別 (該当に○を記入)	①介護老人保健施設											
	②指定介護療養型医療施設											
	③療養病床を有する病院・診療所											
	④老人性認知症疾患療養病棟を有する病院											
	⑤②又は③に該当しない診療所											
	⑥介護医療院											
申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員											人	
指定申請を行う老人性認知症疾患療養病棟の入院患者の推定数(上記④に該当の場合記入)											人	
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 - )					
	氏名											
	生年月日											
○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(上記④⑤に該当の場合記入)			担当医師	看護職員		介護職員		作業療法士		精神保健福祉士		
				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)												
○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項目(上記④⑤に該当の場合記入)												
④ 病室	1病室の病床数										床	
	入院患者1人あたり床面積										m <sup>2</sup>	
	老人性痴呆疾患療養病棟の用に供される床面積										m <sup>2</sup>	
	廊下	片廊下の幅										m
		中廊下の幅										m
	生活機能回復訓練室面積										m <sup>2</sup>	
	デイルームと面会室の合計面積										m <sup>2</sup>	
⑤ 廊下	入院患者1人あたり床面積										m <sup>2</sup>	
	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。

(別添)

付表9 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に係る記載事項 添付書類

	添付書類	備考
1	登記事項証明書又は条例等	
2	病院・診療所の使用許可証等の写	
3	介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可証の写	
4	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	
5	平面図	
6	設備・備品等一覧表	
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	誓約書	

備考 2「病院・診療所の使用許可証等の写」は、病院・診療所において行う場合のみ添付してください。3「介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可証の写」は、老人保健施設又は介護医療院において行う場合のみ添付してください。

付表 10 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に係る記載事項

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 - )									
	連絡先	電話番号					FAX 番号				
	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										
	養護老人ホーム										
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					兼務する職種及び勤務時間等					
	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				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。

(別添)

付表 10 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に係る記載事項 添付書類

	添付書類	備考
1	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	平面図	
4	設備・備品等一覧表	
5	運営規程	
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	
7	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容	
8	受託居宅サービス事業者が事業を行う事業所の名称等 並びに当該事業者の名称等	
9	誓約書	
10	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	



付表 11 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 - )				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
		Email				
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 務の場合記入)	名称				
		兼務する職種 及び勤務時間等	-----			
○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。

(別添)

付表 11 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業所の指定に係る記載事項 添付書類

	添付書類	備考
1	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	平面図	
4	設備・備品等一覧表	
5	運営規程	
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	
7	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)	
8	誓約書	

付表 12 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に係る記載事項

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 - )				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
		Email				
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 務の場合記入)	名称				
		兼務する職種 及び勤務時間等	-----			
○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。

(別添)

付表 12 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に係る記載事項 添付書類

	添付書類	備考
1	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	平面図	
4	設備・備品等一覧表	
5	運営規程	
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	
7	誓約書	

付表 13 指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - )		
	連絡先	電話番号	FAX 番号	
	Email			
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 - )
	氏名			
	生年月日			
	当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無			<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 の場合記入)	名称		
	兼務する職種 及び勤務時間等			
○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(人)		介護支援専門員		
		専従	兼務	
		常勤(人)		
非常勤(人)				
事業開始時の利用者の推定数			人	
添付書類	別添のとおり			

(別添)

付表 13 指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項

	添付書類	備考
1	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	平面図	
5	運営規程	
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	
7	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	
8	誓約書	
9	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	

備考 3「管理者の経歴」は、主任介護支援専門員研修修了証（経過措置期間中は介護支援専門員証）の写しを添付してください。