

指定居宅サービス事業所  
 指定介護予防サービス事業所  
 介護保険施設

指定（許可）申請書

年 月 日

神奈川県知事殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

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

申 請 者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - )		都 道 市 区	府 県 町 村	
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号		
	法人等の種類	Email				
指 定 （ 許 可 ） を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設 の 種 類	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ 氏 名	生年 月 日		
	代表者の住所	(郵便番号 - )		都 道 市 区	府 県 町 村	
法人の吸収合併又は吸収分割における指定（許可）申請時に <input checked="" type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		
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
	訪問介護	<input type="checkbox"/>				付表1
	訪問入浴介護					付表2
	訪問看護					付表3
	訪問リハビリテーション					付表4
	居宅療養管理指導					付表5
	通所介護	<input type="checkbox"/>				付表6
	通所リハビリテーション					付表7
	短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>				付表8
	短期入所療養介護					付表9
	特定施設入居者生活介護					付表10
	福祉用具貸与					付表11
	特定福祉用具販売					付表12
	介護老人福祉施設					付表13
	介護老人保健施設					付表14
	介護医療院					付表15
	介護予防訪問入浴介護					付表2
	介護予防訪問看護					付表3
	介護予防訪問リハビリテーション					付表4
	介護予防居宅療養管理指導					付表5
介護予防通所リハビリテーション					付表7	
介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>				付表8	
介護予防短期入所療養介護					付表9	
介護予防特定施設入居者生活介護					付表10	
介護予防福祉用具貸与					付表11	
特定介護予防福祉用具販売					付表12	
介護保険事業所番号	(既に指定又は許可を受けている場合)					
医療機関コード等	(保険医療機関として指定を受けている場合)					

\* 裏面に記載に関する備考があります。

(裏)

備考

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

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 - )		都道 府県	市区 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					
	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				
	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 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別紙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・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	サービス提供責任者の経歴		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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	参考様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。  
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。  
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

※3 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」

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電話	
メールアドレス	

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 - ) 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					
	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		
		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別紙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・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	設備・備品等一覧表	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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	参考様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
8	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。  
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。  
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電 話	
メールアドレス	

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 - )		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別紙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・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	病院・診療所の使用許可証等の写		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	訪問看護ステーション管理者の免許証の写		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
8	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。  
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。  
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

※3 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。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電 話	
メールアドレス	

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 - )		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"/> 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	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別紙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・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	病院・診療所の使用許可証等の写		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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	参考様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。  
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。  
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

※3 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添付してください。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電 話	
メールアドレス	

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 - ) 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 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紙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・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	病院・診療所の使用許可証等の写		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
3	薬局の開設許可証の写			<input type="checkbox"/> 添付省略	
4	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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	参考様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。  
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。  
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

※3 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添付してください。

※4 3「薬局の開設許可証の写」は、薬局において行う場合添付してください。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電 話	
メールアドレス	

付表 6 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 - )		都道 府県	市区 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 <sup>2</sup>		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		:		~		:		
	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	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		:		~		:		
	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								

(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 府県		市区 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		:		~		:			
	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	○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		:		~		:			
	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	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紙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。
  - 5 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

(別添)

付表 6 通所介護事業所の指定に係る記載事項 添付書類・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	設備・備品等一覧表	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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	参考様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。  
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。  
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電話	
メールアドレス	

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 - ) 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										
			基準条例第137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		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別紙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。  
 4 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

(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・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	病院・診療所の使用許可証等の写		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	設備・備品等一覧表	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
9	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。  
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。  
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

※3 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添付してください。

※4 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添付してください。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電 話	
メールアドレス	

付表 8-1 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 - )		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					
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			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						
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			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紙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 8-1 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・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	設備・備品等一覧表	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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	参考様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
8	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。  
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。  
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電 話	
メールアドレス	

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 - )		都道 府県		市区 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									
	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						
共生型サービスの該当有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
空床型・併設型の別		<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						
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(併設型の場合記入)				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	
	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)								
	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(併設型の場合記入)									
	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						
特別養護老人ホームの入所定員				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(併設型の場合記入)				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	
	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)								
	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(併設型の場合記入)									
	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						
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紙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下さい。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・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	設備・備品等一覧表	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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	参考様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
8	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。  
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。  
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電話	
メールアドレス	

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 - )			
		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
			専従	兼務	専従
			専従	兼務	専従
	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
			専従	兼務	専従
	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	
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
			専従	兼務	専従
			専従	兼務	専従
	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
			専従	兼務	専従
	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紙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。  
 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。

(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・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	設備・備品等一覧表	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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	参考様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
8	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。  
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。  
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電話	
メールアドレス	

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 - ) 都 道 市 区 府 県 町 村											
	連絡先	電話番号	(内線)				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												
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④⑤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		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	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	事業所種別④に該当時	病室	1病室の病床数		床							
				入院患者1人あたり床面積		㎡							
			老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床面積										㎡
			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										㎡
デイルームと面会室の合計面積										㎡			
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										人			
事業所種別⑤に該当時			廊下		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④⑤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		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	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	事業所種別④に該当時	病室	1病室の病床数		床							
				入院患者1人あたり床面積		㎡							
			老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床面積										㎡
			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										㎡
デイルームと面会室の合計面積										㎡			
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										人			
事業所種別⑤に該当時			廊下		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									
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紙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・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	病院・診療所の使用許可証等の写		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
3	介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可証の写			<input type="checkbox"/> 添付省略	
4	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	設備・備品等一覧表	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
9	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。  
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。  
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

※3 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添付してください。

※4 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添付してください。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電 話	
メールアドレス	

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		—		)		市区町村			
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号					
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										
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別紙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・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	設備・備品等一覧表	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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	参考様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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	参考様式5	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
9	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
10	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式7	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電 話	
メールアドレス	

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 _____ ) 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 (兼務の場合記入)	名称			
		兼務する職種 及び勤務時間等			
貸与種目					
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紙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 貸与種目は、「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「手すり」、「スロープ」、「歩行器」、「歩行補助つえ」、「認知症老人徘徊感知器」、「移動用リフト(つり具の部分を除く)」、「自動排泄処理装置」を記入してください。

(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・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	設備・備品等一覧表	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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	参考様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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)		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
8	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。  
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。  
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電話	
メールアドレス	

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 ー ) 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 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紙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。

(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・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	設備・備品等一覧表	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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	参考様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。  
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。  
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電 話	
メールアドレス	

付表 13 介護老人福祉施設の指定に係る記載事項

施設	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				名称					
	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)					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								
	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	
	中廊下の幅				m				m	
入所定員		人								
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2	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								
	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	
	中廊下の幅				m				m	
入所定員		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紙に記載した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 従業員の職種・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」欄に記してください。

(別添)

付表 13 介護老人福祉施設の指定に係る記載事項 添付書類・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	特別養護老人ホームの認可証等の写		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	設備・備品等一覧表	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	併設する施設の概要		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	施設を共用する場合の利用計画		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
8	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
10	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
11	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
12	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式7	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

※3 4「平面図」、5「設備・備品等一覧表」及び7「施設を共用する場合の利用計画」は、老人福祉法に基づく届出により確認ができる場合は不要です。(備考欄に「老人福祉法に基づく届出で提出済み」と記載してください。)

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電話	
メールアドレス	

付表 14 介護老人保健施設の許可に係る記載事項

施設	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												
	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										
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			
	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			
	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			
	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			
	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			
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											
	従業員の職種・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											
	従業員の職種・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別紙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 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

(別添)

付表 14 介護老人保健施設の許可に係る記載事項 添付書類・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	設備・備品等一覧表	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	併設する施設の概要		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	施設を共用する場合の利用計画		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	施設の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図(公図)		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
8	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
10	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
11	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
12	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式7	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。  
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。  
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電話	
メールアドレス	

付表 15 介護医療院の許可に係る記載事項

施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 _____ ) 東京 _____ 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									
	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						
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						
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)								
		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		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(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				m <sup>2</sup>	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											
	従業員の職種・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											
	従業員の職種・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別紙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 15 介護医療院の許可に係る記載事項 添付書類・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	従業者の勤務体制及び勤務 形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	設備・備品等一覧表	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	併設する施設の概要		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	施設を共用する場合の利用計 画		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	施設の面積及び平面図並び に敷地周囲の見取図(公図)		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
8	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
10	協力医療機関(協力歯科医療 機関)との契約の内容		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
11	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
12	介護支援専門員の氏名及び その登録番号	参考様式7	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。  
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。  
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電 話	
メールアドレス	

指定居宅サービス事業所  
 指定介護予防サービス事業所  
 介護保険施設

指定（許可）更新申請書

年 月 日

神奈川県知事殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

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

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

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

別添 1 誓約書(参考様式6)  
 2 介護支援専門員一覧(参考様式7)

介護保険事業実施確認書兼申出書

年 月 日

神奈川県知事殿

住所  
開設者  
氏名

次のとおり、介護保険の「みなし指定」事業を実施することを確認し、事業を行わない場合は、指定を辞退することを申し出ます。

法人情報	名称						
	主たる事務所の所在地	〒					
	電話番号						
	FAX番号						
保険医療機関（保険薬局）名							
区分		1 医科	2 歯科	3 薬局			
所在地		〒					
電話番号							
FAX番号							
みなし指定の事業の種類		下記の「1. 受ける」、「2. 辞退する」のどちらかに必ず○をつけてください。				開始年月日	
訪問看護		1. 受ける	2. 辞退する				
介護予防訪問看護		1. 受ける	2. 辞退する				
訪問リハビリテーション		1. 受ける	2. 辞退する				
介護予防訪問リハビリテーション		1. 受ける	2. 辞退する				
居宅療養管理指導		1. 受ける	2. 辞退する				
介護予防居宅療養管理指導		1. 受ける	2. 辞退する				
短期入所療養介護		1. 受ける	2. 辞退する				
介護予防短期入所療養介護		1. 受ける	2. 辞退する				
保険医療機関（保険薬局）コード							

- 備考 1 保険医療機関が医療機関コードを2つ(例:医科と歯科)もっている場合は2段記載してください。
- 2 開設者が個人である場合は、法人情報を記載しないでください。
- 3 保険薬局のみなし指定は、「居宅療養管理指導」及び「介護予防居宅療養管理指導」のみが対象となります。
- 4 「短期入所療養介護」及び「介護予防短期入所療養介護」は、療養病床を有する病院・診療所のみが対象となります。
- 5 開始年月日は、医療機関の指定年月日と異なる場合に記載してください。また、事業を追加する場合には、既存の事業の開始年月日を記載してください。

指定を不要とする旨の届出書

年 月 日

神奈川県知事殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。

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

備考 申し出を行う居宅サービスについて○印を付してください。

変更届出書

年 月 日

神奈川県知事殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		介護保険事業所番号	.....
指定内容を変更した事業所等		名称	
		所在地	
サービスの種類			
変更年月日		年	月 日
変更があった事項(該当に○)		変更の内容	
事業所(施設)の名称		(変更前)	
事業所(施設)の所在地			
申請者の名称			
主たる事務所の所在地			
法人等の種類			
代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所			
登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)			
共生型サービスの該当有無			
事業所(施設)の建物の構造、専用区画等			
備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業)			
利用者の推定数			
事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所口 (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			
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 単独型・空床利用型・併設型の別)			
利用者、入所者又は入院患者の定員			
福祉用具の保管・消毒方法 (委託している場合にあつては、委託先の状況)			
併設施設の状況等			
介護支援専門員の氏名及びその登録番号			

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

廃止・休止届出書

年 月 日

神奈川県知事殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

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

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

再開届出書

年 月 日

神奈川県知事殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

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

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





介護老人保健施設・介護医療院 管理者承認申請書

年 月 日

神奈川県知事殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり管理者の承認を申請します。

申請に係る施設	介護保険事業所番号	.....
	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。

介護老人保健施設・介護医療院 広告事項許可申請書

年 月 日

神奈川県知事殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり広告の許可を申請します。

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

介護老人保健施設・介護医療院開設者死亡（失踪）届

年 月 日

神奈川県知事殿

住 所

届出者 開設者との関係

氏 名

次のとおり開設者が  $\left( \begin{array}{c} \text{死亡した} \\ \text{失踪した} \end{array} \right)$  ので、届け出ます。

- 1 名 称
- 2 所 在 地
- 3 開設者の住所及び氏名
- 4 死亡した（失踪の宣告を受けた）年月日

備考 死亡又は失踪のいずれかに○を付してください。

エックス線装置設置届

年 月 日

神奈川県知事 殿

法人名

施設名

管理者 住所

氏名

次のとおりエックス線装置を設置したので届け出ます。

区 分		新規・更新・移設・その他（ ）			
名 称				施設種別	介護老人保健施設 介護医療院
所在地		電話（ ） —			
エ ッ ク ス 線 装 置	製 作 者 名				
	型 式				
	台 数				
	エックス線 高電圧発生 装置の定格 出力	連 続	K V	m A	
		短時間	K V	m A	sec
		蓄放式	K V	μ F	
	管球の型式及び数				
	用 途		透視・断層撮影・C T・乳房撮影・位置決定用・直接撮影 ・間接撮影・歯科用（一般・全顎） ・その他（ ）		
使用診療室名					
エックス線装置及びエックス線診療室のエックス線障害の防止に関する構造設備及び予防措置の概要				別 紙 の と お り	
エックス線診療に従事する医師、歯科医師、診療放射線技師及び診療エックス線技師	氏 名	生年月日	職 種	エックス線診療に関する経歴及び免許番号	
エックス線装置の設置年月日		年 月 日			

(表)

エックス線装置の防止に関する構造設備及び予防措置の概要	エックス線管焦点から1メートルの距離における利用線すい以外のエックス線の空気カーマ率		mGy/時	
	管球の総濾過		mmAl 当量	
	コンデンサ式の場合、エックス線高電圧の充電の状態における照射時以外の接触可能表面から5センチメートルの距離におけるエックス線の空気カーマ率		mGy/時	
	透視装置	透視中の入所者の入射面の利用線すいの中心における空気カーマ率		mGy/分
		透視時間の積算及び警告ができるタイマー		有 ・ 無
		エックス線管焦点皮膚間距離制御装置		有 ・ 無
		蛍光板 (I・I) の有効面積外照射防止装置		有 ・ 無
		利用線すい中の蛍光板 (I・I) 等の受像器を通過後の接触可能表面から10センチメートルの距離におけるエックス線の空気カーマ率		$\mu$ Gy/時
		透視時の最大照射野を3.0センチメートル超える部分の接触可能表面から10センチメートルの距離におけるエックス線の空気カーマ率		$\mu$ Gy/時
		利用線すい以外のエックス線遮へい装置		有 ・ 無
	歯科用以外の直接撮影用装置	フィルム取り枠外の照射防止装置		有 ・ 無
		焦点皮膚間距離		cm以上
	胸部撮影用装置	蛍光板 (I・I) の有効面積外照射防止装置		有 ・ 無
		受像器の1次防護遮蔽体による装置の接触可能表面から10センチメートルの距離におけるエックス線の空気カーマ		$\mu$ Gy/ばく射
		被照射体の周囲に箱状の遮蔽体を設けた場合のその遮蔽物から10センチメートルの距離におけるエックス線の空気カーマ		$\mu$ Gy/ばく射
	移動用装置	使用中の表示		有 ・ 無
		立入り制限措置		有 ・ 無
		撮影時の防護措置		有 ・ 無
		装置の保管場所・方法		
	歯科用装置	照射野 (皮膚面)		直径 cm、 cm × cm
		焦点皮膚間距離		cm
	乳房撮影用エックス線装置	照射野 (皮膚面)		直径 cm、 cm × cm
		焦点皮膚間距離		cm
治療用装置	エックス線装置の接触可能表面から5センチメートルの距離における利用線すい以外の空気カーマ率		mGy/時	
	定格管電圧が50キロボルトを超える装置のエックス線管焦点から1メートルの距離における利用線すい以外の空気カーマ率		mGy/時	
	濾過板が引き抜かれたときエックス線の発生を遮断するインターロック		有 ・ 無	

(裏)

診療室の防護物	区 分	構造、材料及び厚さ (cm)		
	天 井			
	周囲の壁等			
		監視用窓		
		出入口の扉		
		その他の開口部	有 (用途 )・無	
	床	有 ・ 無		
	操作室	有 ・ 無 (理由 )		
診療室の標識	有 ・ 無			
エックス線診療室の放射線障害の防止に関する予防措置の概要	エックス線障害の防止に必要な注意事項の掲示		有 ・ 無	
	管 理 区 域	管理区域を設ける場所		
		境界における実効線量 (最大値)	mSv/3月	
		立入り制限措置	有 ・ 無	
		標識	有 ・ 無	
	エックス線使用中の表示		有 ・ 無	
	敷地の境界	敷地内居住区域及び敷地の境界における実効線量 (最大値)	$\mu$ Sv/3月	
	入所者の被ばくする放射線 (診療により被ばくする放射線を除く。)の実効線量 (最大値)		mSv/3月	
	放射線診療従業者等の被ばく防止用具			
	放射線診療従業者等の被ばく測定器具		フィルムバッジ・ポケット線量計・TLD その他 ( )	

- 備考 1 区分、施設種別及びエックス線装置の用途欄は、該当する項目に○を付してください。  
2 添付資料については、次葉を確認してください。

## 添付資料

- 1 次に掲げる事項を記載した縮尺50分の1の平面図及び立面図（歯科用エックス線診療室の場合は縮尺25分の1の平面図及び立面図）
  - (1) エックス線診察室及びエックス線診察室に隣接（上階及び下階を含む）する各室の名称及び周囲の状況
  - (2) エックス線装置の位置及び照射方向並びにエックス線管からの天井、床及び周囲の画壁までの距離
  - (3) 放射線量測定を行った場所の番号（移動用装置にあつては、その線量分布）
  - (4) 管理区域の表記（表記は朱線にて囲むこと）
  - (5) 患者更衣施設若しくは設備、専用便所の位置
  - (6) 移動型、携帯型装置にあつてはその保管場所
  - (7) 巡回診療車にあつては当該車両の車検証の写し及び巡回診療実施計画書
- 2 エックス線診療室放射線量測定記録表（第12号様式 別紙）

エックス線診療室放射線量測定記録表

測定室名				測定年月日		年 月 日	
測定器	製作者名			製造年月日		年 月 日	
	型式						
	検定(校正)年月日						
	検定(校正)施設名						
ファントムの種類及び大きさ		水・MIXDp・アクリル・その他( ) 縦( )cm×横( )cm×高( )cm					
照射野		( )cm×( )・直径( )cm・スリット					
照射条件	管電圧 ( k V )	1	2	3	4	5	6
	管電流 ( m A )						
	時間 ( s e c )						
	焦点ファントム表面間距離 ( m )						
	備考						
床上から測定点までの高さ(m)			測定時のレンジ			バックグラウンド B. G.	
気温	℃	気圧	hPa	湿度	%	天候	晴・曇・雨
測定者に関する事項	所在地						
	名称						
	資格名						
	氏名						
	Ⓜ						
立会者	職名			氏名			
	Ⓜ						

- 備考 1 線量について放射線測定器を用いて測定することが著しく困難な場合には、計算により算出することができます。
- 2 バックグラウンド(B. G.)の測定点を表示した図面を添付してください。
- 3 各管球ごとに使用予定方向について測定してください。また、この場合添付図面に使用予定照射方向を矢印で記入してください。
- 4 透視用の場合には線量率とし、撮影用は線量(曝(ばく)射数)としてください。
- 5 測定室に放射線の漏えいするおそれのあるすきま等がある場合には、その細部について測定してください。
- 6 移動用装置の場合には、エックス線管焦点を中心として、周囲1メートル及び2メートルについて測定してください。
- 7 照射条件の番号は、管球番号(定格出力記載項目)と同一のものとしてください。



エックス線装置設置届出事項変更届

年 月 日

神奈川県知事殿

法人名

施設名

管理者 住所

氏名

次のとおりエックス線装置設置届出事項を変更した（変更します）ので届け出ます。

名	称	
所	在 地	電話（ ） —
変 更 内 容	変 更 前	
	変 更 後	
変 更 の 理 由		
変 更 年 月 日		年 月 日

エックス線装置廃止届

年 月 日

神奈川県知事殿

法人名

施設名

管理者 住所

氏名

次のとおりエックス線装置を廃止したので届け出ます。

名 称		
施 設 種 別	介護老人保健施設 ・ 介護医療院	
所在地	電話（ ） —	
廃 止 した エ ッ ク ス 線 装 置	製 作 者 名	
	型 式、台 数 及 び 用 途	
	廃 止 の 理 由	
	廃 止 後 の 処 分 方 法	
	廃 止 年 月 日	
廃止後のエックス線診療室の用途		

備考 施設種別欄は、該当する項目に○を付してください。

医師を宿直させないことに関する届出書

年 月 日

神奈川県知事殿

法人名

施設名

申請者

所在地

管理者 氏名

医師を宿直させないことについて、入所者の病状が急変した場合においても医師が速やかに診察を行う体制が確保されていることを次のとおり届出ます。

療養棟の種別及び療養床数療養棟の種別	I 型療養棟		II 型療養棟		合計
	床		床		床
病院に医師を宿直させない理由	1 II型療養床のみ 2 入所者急変時に併設医療機関の医師が速やかに診察を行う体制が確保されている。 3 入所者急変時に当該医療院の医師が速やかに診察を行う体制が確保されている。				
医師が速やかに診療を行える体制の確保状況について	連絡体制	( ) ・急変時、看護師等があらかじめ定められた医師へ連絡する体制が常時確保していること。 ・入所者の病状が急変した場合に、当該医師が当該介護医療院からの連絡を常時受けられること。			
	連絡を受ける医師の場所	同一敷地内又は隣接する施設 ( ) 上記以外 ( ) ・当該医師が速やかにその介護医療院に駆けつけられる場所にいること			
	医師が適切な診療が行える状態				

備考 病院に医師を宿直させない理由欄は、該当する番号に○を付してください。

第16号様式 削除

受付番号 ※

指定市町村事務受託法人指定申請書

年 月 日

神奈川県知事殿

申請者 住 所  
氏 名（法人にあつては、名称  
及び代表者の氏名）

介護保険法に規定する指定市町村事務受託法人に係る指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

	事務所所在地市町	※		
申請者	フリガナ 名 称			
	主たる事務所の所在地	(〒 ー )		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	法人の種別		法人の所轄	
	代表者の役職名・氏名・生年月日	役 職 名	フリガナ 氏 名	(生年月日 年 月 日)
	代表者の住所	(〒 ー )		
	指定を受けようとする事務所	事務所の所在地	(〒 ー )	
事務所連絡先		電話番号		FAX番号
指定を受けようとする事務		法第24条の2第1項第1号に規定する事務（照会等事務）		開始予定年月日
		法第24条の2第1項第2号に規定する事務（要介護認定調査事務）		開始予定年月日
既に指定等を受けている事業等の種類		実施事業	既に指定等を受けている事業等の指定（許可）年月日	
居宅サービス	訪問介護			
	訪問入浴介護			
	訪問看護			
	訪問リハビリテーション			
	居宅療養管理指導			
	通所介護			
	通所リハビリテーション			
	短期入所生活介護			
	短期入所療養介護			
	特定施設入居者生活介護			
	福祉用具貸与			
特定福祉用具販売				
地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護			
	夜間対応型訪問介護			
	地域密着型通所介護			
	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			
複合型サービス				

(裏)

居宅介護支援事業者			
施設	介護老人福祉施設		
	介護老人保健施設		
	介護医療院		
	介護療養型医療施設		
介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護		
	介護予防訪問看護		
	介護予防訪問リハビリテーション		
	介護予防居宅療養管理指導		
	介護予防通所リハビリテーション		
	介護予防短期入所生活介護		
	介護予防短期入所療養介護		
	介護予防特定施設入居者生活介護		
	介護予防福祉用具貸与		
	特定介護予防福祉用具販売		
サ ー ビ ス 防 型	介護地域密着型	介護予防認知症対応型通所介護	
		介護予防小規模多機能型居宅介護	
		介護予防認知症対応型共同生活介護	
介護保険事業者番号			(既に指定又は許可を受けている場合)
医療機関コード等			

- 備考
- ※印欄は、記入しないでください。
  - 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。
  - 「法人所轄庁」欄は、当該法人に法人格を付与した行政庁（大臣、都道府県知事等）がある場合には、その名称を記入してください。
  - 「指定を受けようとする事務」欄は、今回申請するものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
  - 「実施事業」欄は、既に指定等を受けている事業について、該当する欄に「○」を記入してください。
  - 「既に指定等を受けている事業等の指定（許可）年月日」欄は、介護保険法による指定事業者又は介護保健施設として指定（許可）された年月日（同法第71条又は第72条に基づき指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日、介護保険法施行法第4条、第5条、第7条及び第8条の規定に基づき指定（許可）があったものとみなされたものについては、「12.4.1」）を記入してください。
  - 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」欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記入してください。
  - 申請に当たっては、付表を添付してください。

指定市町村事務受託法人の指定に係る記載事項

受付番号	※
------	---

事務所	フリガナ 名称				
	所在地	(〒 — )			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
当該受託事務の実施について定めてある定款等の条文					第 条第 項第 号
管理者	フリガナ 氏名			住所	(〒 — )
	生年月日				
	職員の職種・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				
	通常の受託事務の実施地域				

- 備考
- ※印欄には、記入しないでください。
  - 「主な揭示事項」欄は、別に資料を添付することにより、記入を省略することができます。
  - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別に記入した書類を添付してください。
  - 申請に係る事務所の所在地以外に出張所等がある場合は、所在地、営業時間等について別に記入し、添付してください。また、職員については、この様式に出張所に勤務する職員も含めて記入してください。

(裏)

添付書類

- 1 申請者の定款等及びその登記事項証明書等
- 2 事務所の平面図
- 3 事務所の管理者の経歴書
- 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 職員の勤務の体制及び勤務形態一覧表
- 7 受託事務に係る資産の状況
- 8 介護保険法施行令第11条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面
- 9 役員の氏名、生年月日及び住所
- 10 介護支援専門員の氏名及びその登録番号（要介護認定調査事務を受託しようとする場合に限る。）

指定市町村事務受託法人変更届出書

年 月 日

神奈川県知事殿

住所  
届出者 氏名（法人にあつては、名称  
及び代表者の氏名）

次のとおり、指定を受けた内容を変更しますので届け出ます。

指定内容を変更する事務所		名称
		所在地
受託事務の種類		
受託市町村名		
変更がある事項		変更の内容
1	事務所の名称	(変更前)
2	事務所の所在地	
3	届出者の名称	
4	主たる事務所の所在地	
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	
6	届出者の定款等及びその登記事項証明書等（指定に係る事務に関するものに限る。）	(変更後)
7	事務所の平面図	
8	事務所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	
9	運営規程	
10	役員の氏名、生年月日及び住所	
11	介護支援専門員の氏名及びその登録番号（要介護認定調査事務を受託しようとする場合に限る。）	
変更年月日		年 月 日

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

指定市町村事務受託法人廃止（休止、再開）届出書

年 月 日

神奈川県知事殿

住所  
届出者 氏名（法人にあつては、名称  
及び代表者の氏名）

次のとおり、受託事務の廃止（休止、再開）を届け出ます。

廃止（休止、再開）する事務所	名称
	所在地
廃止（休止、再開）の別	休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開
廃止（休止、再開）する年月日	年 月 日
廃止（休止）した理由	
現に事務を受託している市町村に対する措置（休止又は廃止する場合のみ記入してください。）	
休 止 予 定 期 間	年 月 日～ 年 月 日

備考 受託事務の再開に係る届出にあつては、当該受託事務に係る職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。

受付番号	※
------	---

指定都道府県事務受託法人指定申請書

年 月 日

神奈川県知事殿

申請者 住 所  
氏 名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

介護保険法に規定する指定都道府県事務受託法人に係る指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

事務所所在地市町村番号	※
-------------	---

申 請 者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(〒 — )				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種類別			法人の所轄庁		
	代表者の役職名・氏名・生年月日	役職名		フリガナ 氏 名	(生年月日 年 月 日)	
代表者の住所	(〒 — )					
指 定 を 受 け よ う と す る 事 務 所	事務所の所在地	(〒 — )				
	事務所連絡先	電話番号		FAX番号		
	指定を受けようとする事務	法第24条の3第1項第1号に規定する事務 (質問等事務)			開始予定年月日	
		法第24条の3第1項第2号に規定する事務			開始予定年月日	

- 備考
- ※印欄には、記入しないでください。
  - 「法人の種類別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。
  - 「法人の所轄庁」欄は、当該法人に法人格を付与した行政庁（大臣、都道府県知事等）がある場合には、その名称を記入してください。
  - 「指定を受けようとする事務」欄は、今回申請するものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
  - 申請に当たっては、付表を添付してください。

指定都道府県事務受託法人の指定に係る記載事項

受付番号	※
------	---

事務 所	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(〒 — )		
	連絡先	電話番号		FAX番号
当該受託事務の実施について定めてある定款等の条文		第 条第 項第 号		
管 理 者	フリガナ	住 所	(〒 — )	
	氏 名			
	生年月日			
職員の職種・員数（人）		専 従	兼 務	
常 勤（人）				
非 常 勤（人）				
主 な 掲 示 事 項	営 業 日			
	営 業 時 間			
	通常の受託事務の実施地域			

- 備考
- ※印欄には、記入しないでください。
  - 「主な掲示事項」欄は、別に資料を添付することにより、記入を省略することができます。
  - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別に記入した書類を添付してください。
  - 申請に係る事務所の所在地以外に出張所等がある場合は、所在地、営業時間等について別に記入し、添付してください。また、職員については、この様式に出張所に勤務する職員も含めて記入してください。

(裏)

添付書類

- 1 申請者の定款等及びその登記事項証明書等
- 2 事務所の平面図
- 3 事務所の管理者の経歴書
- 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 職員の勤務の体制及び勤務形態一覧表
- 7 受託事務に係る資産の状況
- 8 介護保険法施行令第11条の7第2項各号に該当しないことを誓約する書面
- 9 役員の氏名、生年月日及び住所

指定都道府県事務受託法人変更届出書

年 月 日

神奈川県知事殿

届出者 住 所  
氏 名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

次のとおり、指定を受けた内容を変更しますので届け出ます。

指 定 内 容 を 変 更 す る 事 務 所		名 称
		所在地
受 託 事 務 の 種 類		
変 更 が あ る 事 項		変 更 の 内 容
1	事務所の名称	(変更前)
2	事務所の所在地	
3	届出者の名称	
4	主たる事務所の所在地	
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	
6	届出者の定款等及びその登記事項証明書等（指定に係る事務に関するものに限る。）	(変更後)
7	事務所の平面図	
8	事務所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	
9	運営規程	
10	役員の氏名、生年月日及び住所	
変 更 年 月 日		年 月 日

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

指定都道府県事務受託法人廃止（休止、再開）届出書

年 月 日

神奈川県知事殿

届出者 住 所  
氏 名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

次のとおり、受託事務の廃止（休止、再開）を届け出ます。

廃止（休止、再開）する事務所	名 称
	所在地
廃止（休止、再開）の別	廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開
廃止（休止、再開）する年月日	年 月 日
廃止（休止）した理由	
現に受託している事務に関する措置（廃止又は休止する場合のみ記入してください。）	
休 止 予 定 期 間	年 月 日～ 年 月 日

- 備考 1 受託事務の再開に係る届出にあつては、当該受託事務に係る職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。
- 2 廃止（休止、再開）の別欄は、該当する項目に○を付してください。