

## 第1号様式

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

知事 殿

(名称)

申請者

(代表者の職名・氏名)

印

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 ー )<br>県 郡市     |                       |                           |                        |      |
|                            | 連絡先               | 電話番号                  | FAX番号                 |                           |                        |      |
|                            |                   | Email                 |                       |                           |                        |      |
|                            | 代表者の職名・氏名・生年月日    | 職名                    | フリガナ氏名                | 生年月日                      |                        |      |
|                            | 代表者の住所            | (郵便番号 ー )<br>県 郡市     |                       |                           |                        |      |
| 指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類の種類 | 同一所在地において行う事業等の種類 |                       | 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   |
|                            | 指定居宅サービス          | 訪問介護                  |                       |                           |                        | 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                  |                       |                           |                        | 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              |                       |                           |                        | 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 |
|                            | 施設                | 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 |
|                            | 指定介護予防サービス        | 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          |                       |                           |                        | 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                   |                   | (保険医療機関として指定を受けている場合) |                       |                           |                        |      |

\* 裏面に記載に関しての備考があります。

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 既に居宅サービスまたは介護予防サービス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又は介護予防サービス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」「当該申請に係わる事業の開始予定年月日」「当該申請に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「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。また、既に介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、介護給付のサービス事業所の指定を受ける場合においても同様に届出を省略できます。

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 ー )<br>県 ー 郡市                  |                         |                                 |         |                              |        |         |    |         |    |  |
|                     | 連絡先  | 電話番号                                 |                         |                                 |         |                              | FAX 番号 |         |    |         |    |  |
|                     |      | Email                                |                         |                                 |         |                              |        |         |    |         |    |  |
| 施設区分<br>(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<br>(該当に○)    |      | 介護専用型                                |                         |                                 |         |                              |        |         |    |         |    |  |
|                     |      | 介護専用型以外                              |                         |                                 |         |                              |        |         |    |         |    |  |
| サービスの提供形態<br>(該当に○) |      | 一般型                                  |                         |                                 |         |                              |        |         |    |         |    |  |
|                     |      | 外部サービス利用型                            |                         |                                 |         |                              |        |         |    |         |    |  |
| 管<br>理<br>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<br>(兼務の場合記入) |                         | 名称                              |         |                              |        |         |    |         |    |  |
|                     |      |                                      |                         | 兼務する職種<br>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                        | 参考様式  |
|----|-----------------------------|-------|
| 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           | 参考様式1 |
| 3  | 平面図                         | 参考様式2 |
| 4  | 設備・備品等一覧表                   | 参考様式3 |
| 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    | 参考様式4 |
| 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 | 参考様式5 |
| 9  | 誓約書                         | 参考様式6 |
| 10 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号          | 参考様式7 |

## 第3号様式

## 変更届出書

年 月 日

知事 殿

開設者 住所  
 (所在地)  
 氏名  
 (名称及び代表者氏名)

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。

|                |                                                   |           |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|---------------------------------------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
|                |                                                   | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 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                                        |           |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 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<br>(当該事業に関するものに限る。)                   |           |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 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)                        |           |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所<br>(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<br>(本体施設が特別養護老人ホームの場合の<br>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                                  |           |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等<br>との連携・支援体制                |           |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 福祉用具の保管・消毒方法<br>(委託している場合にあっては、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 変更内容が分かる書類を添付してください。

第3号の2様式

再開届出書

年 月 日

知事 殿

住所  
開設者 (所在地)  
氏名  
(名称及び代表者氏名)

印

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

|         |           |   |   |  |  |  |  |  |  |
|---------|-----------|---|---|--|--|--|--|--|--|
|         | 介護保険事業者番号 |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 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。

第4号様式

廃止・休止届出書

年 月 日

知事 殿

開設者 住所  
(所在地)  
氏名  
(名称及び代表者氏名)

印

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

|                         |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                         | 介護保険事業者番号                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止(休止)する事業所             | 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。

指定辞退届出書

年 月 日

知事 殿

開設者 住所  
(所在地)  
氏名  
(名称及び代表者氏名)

印

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          | 年         |  |  | 月 |  |  | 日 |  |  |
| 指定を辞退する年月日         | 年         |  |  | 月 |  |  | 日 |  |  |
| 指定を辞退する理由          |           |  |  |   |  |  |   |  |  |
| 現に施設に入所している者に対する措置 |           |  |  |   |  |  |   |  |  |

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

第10号様式

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

知事 殿

(名称)

申請者

(代表者の職名・氏名)

印

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<br>名称                               |                   |             |      |
|     | 主たる事務所の<br>所在地                           | (郵便番号 ー )<br>県 郡市 |             |      |
|     | 連絡先                                      | 電話番号              | FAX番号       |      |
|     |                                          | Email             |             |      |
|     | 代表者の職名・氏<br>名・生年月日                       | 職名                | フリガナ<br>氏 名 | 生年月日 |
|     | 代表者の住所                                   | (郵便番号 ー )<br>県 郡市 |             |      |
| 事業所 | 事業等の種類                                   |                   |             |      |
|     | 指定有効期間満了日                                |                   |             |      |
|     | フリガナ<br>名称                               |                   |             |      |
|     | 所在地                                      | (郵便番号 ー )<br>県 郡市 |             |      |
|     | 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<br>名称                               |                   |             |      |
| 管理者 | 主たる事務所の<br>所在地                           | (郵便番号 ー )<br>県 郡市 |             |      |
|     | フリガナ<br>氏名                               |                   | 生年月日        |      |
|     | 住所                                       | (郵便番号 ー )<br>県 郡市 |             |      |

- 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)

## (参考)添付書類一覧

| 番<br>号 | 添付すべき書類                              | 訪問介護① | 訪問入浴② | 訪問看護③ | 訪問リハ④ | 居宅療養⑤ | 通所介護⑥ | 通所リハ⑦ | 短期生活⑧ | 短期療養⑨ | 特定施設⑩ | 用具貸与⑪ | 用具販売⑫ | 福祉施設⑬ | 老健施設⑭ | 介護医療院⑮ | 参考様式  |
|--------|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|
|        |                                      | 付表1   | 付表2   | 付表3   | 付表4   | 付表5   | 付表6   | 付表7   | 付表8   | 付表9   | 付表10  | 付表11  | 付表12  | 付表13  | 付表14  | 付表15   |       |
|        | 申請書付表                                |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |        |       |
|        | みなし指定の対象                             |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |        |       |
| 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      | 薬局の開設計可証の写                           |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |        |       |
| 4      | 介護老人保健施設又は介護医療院の開設計可証の写              |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       | ○     |       |        |       |
| 5      | 特別養護老人ホームの認可証等の写                     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |        |       |
| 6      | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表                    | ○     | ○     | ○     |       |       | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○      | 参考様式1 |
| 7      | 訪問看護ステーション管理者の免許証の写                  |       |       | ▲     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |        |       |
| 8      | サービス提供責任者の経歴                         | ※     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |        |       |
| 9      | 平面図                                  | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○      | 参考様式2 |
| 10     | 設備・備品等一覧表                            |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |        | 参考様式3 |
| 11     | 併設する施設の概要                            |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |        |       |
| 12     | 施設を共用する場合の利用計画                       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |        |       |
| 13     | 施設の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図(公図)            |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       | ☆     |       |        |       |
| 14     | 運営規程                                 |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |        |       |
| 15     | 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 |
| 16     | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容              |       | ○     |       |       |       |       |       | ○     |       | ○     |       |       | ○     | ○     | ○      |       |
| 17     | 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    |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |        |       |
| 18     | 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)        |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       | ○     |       |       |       |        |       |
| 19     | 委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 |
| 20     | 誓約書                                  | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○     | ○      | 参考様式6 |
| 21     | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号                   |       |       |       |       |       |       |       |       |       | ○     |       |       | ○     | ○     | ○      | 参考様式7 |

備考1 「△」を付した欄の添付書類は、次のような取扱いになります。

(1) ③、④、⑤、⑦、⑨の2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、③の7を添付する必要はありません(▲)。

(2) ⑤の3は、薬局において行う場合添付してください。

(3) ⑦及び⑨の4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。

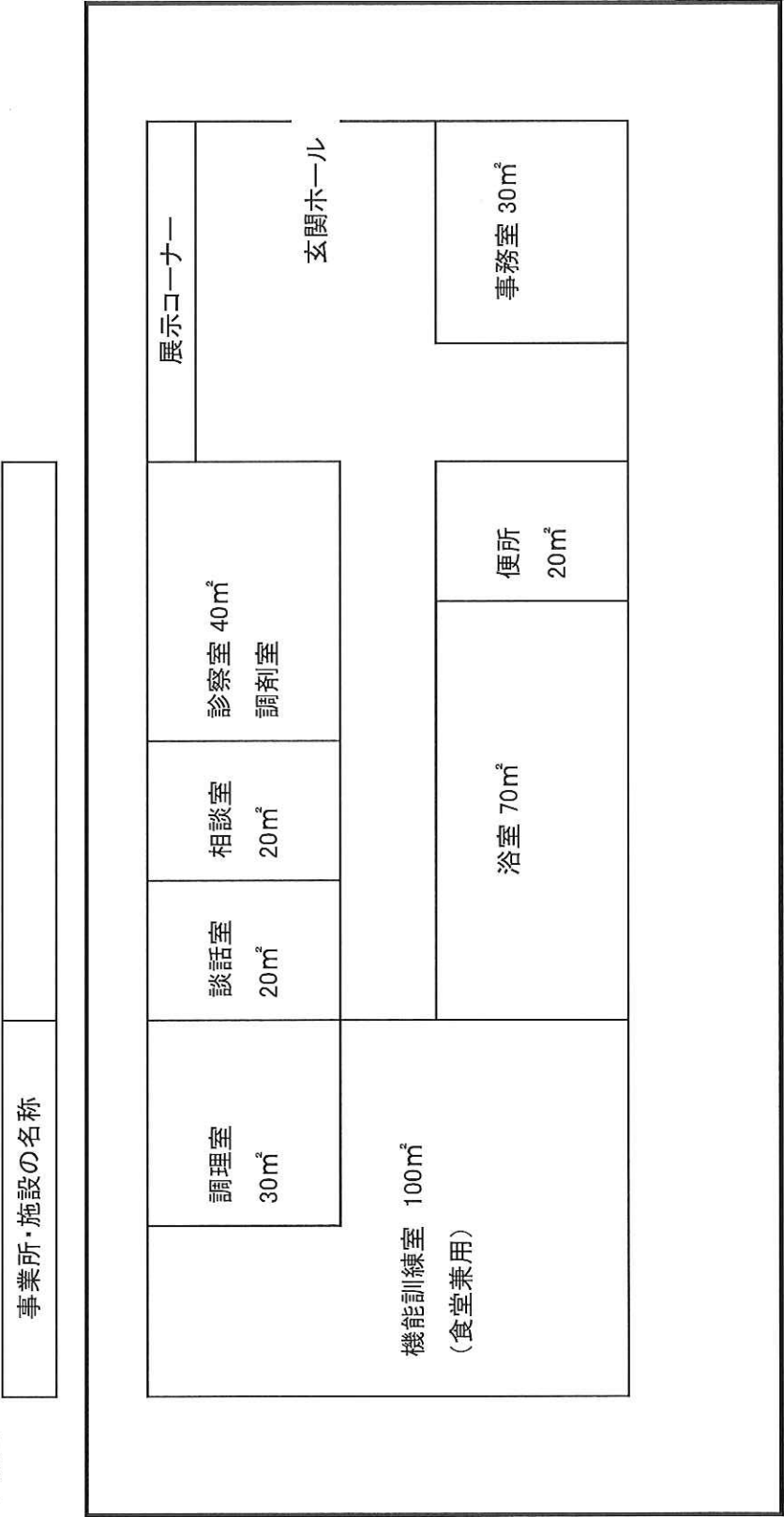
2 「※」を付した欄の添付書類は、介護福祉士登録証の写し等に代えることが可能です(平成20年7月29日老振発第0729002号)。

3 「☆」を付した欄の添付書類は、老人福祉法に基づき届出により確認ができる場合は不要です。

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表  
( 年 月分) サービス種類( )

- 1 \*欄には、当該月の曜日を記入してください。
- 2 申請する事業に係る従業者全員(管理者を含む。)について、4週間分の勤務すべき時間数を記入してください。勤務時間後とあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し、その番号を記入してください。  
(記載例 ①ー勤務時間 ①8:30～17:00、②16:30～1:00、③0:30～9:00、④休日)
- 3 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B～Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。  
勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務  
常勤換算が必要な職種は、A～Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。
- 5 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
- 6 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、職種、勤務形態、氏名及び当該業務の勤務時間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2)  
平面図



- 備考 1 必ずしも本様式によらず、各室の用途及び面積の分かるものであれば、既存の平面図等をもって提出書類として差し支えありません。
- 2 各室の用途及び面積を記載してください。
- 3 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3)

設備・備品等一覧表

サービス種類( )  
事業所名・施設名( )

設備等一覧

| チェック欄 | 設備の種類                   | 設備基準上適合すべき項目 |
|-------|-------------------------|--------------|
|       | (例)消火設備その他非常災害に際して必要な設備 |              |
|       |                         |              |
|       |                         |              |
|       |                         |              |
|       |                         |              |
|       |                         |              |
|       |                         |              |
|       |                         |              |
|       |                         |              |
|       |                         |              |
|       |                         |              |
|       |                         |              |

備品一覧(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業のみ)

| チェック欄 | 備品の種類 | 品名 | 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、付表及び平面図で確認できる項目以外の事項について記載してください。
  - 2 「設備の種類」、「備品の種類」及び「設備基準上適合すべき項目」については、予め指定権者が、サービス毎に確認すべき内容を本様式に記載し、申請者が「チェック欄」、「品名」及び「数量」を記入して提出する形とすることを推奨します。

(参考様式4)

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 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等(居宅介護支援事業者の場合記入) |
| 4 その他参考事項                                |

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

(参考様式6)

## 誓 約 書

年 月 日

〇〇都道府県知事 殿

申請者 (名称)

(代表者の職名・氏名)

印

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

|  |                    |
|--|--------------------|
|  | 別紙①: 居宅サービス事業所向け   |
|  | 別紙②: 介護老人福祉施設向け    |
|  | 別紙③: 介護老人保健施設向け    |
|  | 別紙④: 介護医療院向け       |
|  | 別紙⑤: 介護予防サービス事業所向け |

(該当に○)

(別紙①: 居宅サービス事業所向け)  
介護保険法第70条第2項

- 一 申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。
- 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、第七十四条第一項の都道府県の条例で定める基準及び同項の都道府県の条例で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第七十四条第二項に規定する指定居宅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居宅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 申請者が、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であるとき。
- 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。
- 五の二 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるもの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。
- 五の三 申請者が、社会保険法又は労働保険の保険料の徴収等に関する法律(昭和四十四年法律第八十四号)の定めるところにより賃付義務を負う保険料、負担金又は掛金(地方税法の規定による国民健康保険税を含む。以下この号、第七十八条の二第四項第五号の三、第七十九条第二項第四号の三、第九十四条第三項第五号の三、第七十七条第三項第七号、第一百五十五条の二第二項第五号の三、第一百五十五条の十二第二項第五号の三、第一百五十五条の二十二第二項第四号の三及び第二百三十三条第二項において「保険料等」という。)について、当該申請をした日の前日までに、これらの法律の規定に基づき滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたって、当該処分を受けた日以降に前期限の到来した保険料等の全て(当該処分を受けた者が、当該処分に係る保険料等の納付義務を負うことを定める法律によって滞付義務を負う保険料等に限る。第七十八条の二第四項第五号の三、第七十九条第二項第四号の三、第九十四条第三項第五号の三、第七十七条第三項第七号、第一百五十五条の二第二項第五号の三、第一百五十五条の十二第二項第五号の三及び第一百五十五条の二十二第二項第四号の三において同じ。)を引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、第七十七条第一項又は第一百五十五条の三十五第六項の規定により指定(特定施設入居者生活介護に係る指定を除く。)を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、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、取締役、顧問その他のいかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に對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以上の支配力を有するものと認められる者を含む。第五節及び第二百三十三条第二項において同じ。)又はその事業所を管理する者その他の政令で定める使用人(以下「役員等」という。)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を含む、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関し当該指定居宅サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるもの)に該当する場合を除く。
- 六の二 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、第七十七条第一項又は第一百五十五条の三十五第六項の規定により指定(特定施設入居者生活介護に係る指定に限る。)を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、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当該法人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を含む、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者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を含む。)であるとき、ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関し当該指定居宅サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるもの)に該当する場合を除く。
- 六の三 申請者と密接な関係を有する者(申請者(法人に限り、以下この号において同じ。)の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの(以下この号において「申請者の親会社等」という。)、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの)のうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。以下この章において同じ。)が、第七十七条第一項又は第一百五十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過していないとき、ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関し当該指定居宅サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるもの)に該当する場合を除く。
- 七 申請者が、第七十七条第一項又は第一百五十五条の三十五第六項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七十五条第二項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。
- 七の二 申請者が、第七十六条第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第七十七条第一項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内(特定の日の取組した場合における当該特定の日の場合)までの間に第七十五条第二項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 第七号に規定する期間内に第七十五条第二項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人(当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所(当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。)の管理者であった者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 九 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に關し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 十 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、法人で、その役員等のうちに第四号から第六号まで又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十の二 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、法人で、その役員等のうちに第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十一 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第六号まで又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。
- 十二 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。

(別紙⑤:介護予防サービス事業所向け)

介護保険法第115条の2第2項

- 一 申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。
- 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、第百十五条の四第一項の都道府県の条例で定める基準及び同項の都道府県の条例で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第百十五条の四第二項に規定する指定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 申請者が、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であるとき。
- 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。
- 五の二 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるもの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。
- 五の三 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞り処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全てを引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、第百十五条の九第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定を除く。）を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、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当該法人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を含む、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者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を含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 六の二 申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、第百十五条の九第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定に限る。）を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、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当該法人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を含む、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者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を含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 六の三 申請者と密接な関係を有する者が、第百十五条の九第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 七 申請者が、第百十五条の九第一項又は第百十五条の三十五第六項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五第二項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。
- 七の二 申請者が、第百十五条の七第一項の規定による検査が行われた日から職歴決定予定日（当該検査の結果に基づき第百十五条の九第一項の規定による指定の取消しの処分に係る職歴を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第百十五条の五第二項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 第七号に規定する期間内に第百十五条の五第二項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所（当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 九 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。
- 十 申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人で、その役員等のうちに第四号から第六号まで又は第七号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十の二 申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、法人で、その役員等のうちに第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十一 申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第六号まで又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。
- 十二 申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。

(参考様式 7)

当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

[illegible]