

第1号様式

指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所
指定居宅介護支援事業所

指定申請書

年 月 日

市(町・村)長

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に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申 請 者	フリガナ							
	名 称							
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 ー) 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) 県 郡市						
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	同一所在地において行う事業等の種類			指定申請 対象事業 (該当事業に○)	既に指定を受 けている事業 (該当事業に○)	指定申請をする事 業の開始予定年月 日	様 式	
	地 域 密 着 型 サ ー ビ ス	夜間対応型訪問介護						付表1
		認知症対応型通所介護						付表2
		小規模多機能型居宅介護						付表3
		認知症対応型共同生活介護						付表4
		地域密着型特定施設入居者生活介護						付表5
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護						付表6
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護						付表7
		複合型サービス						付表8
		地域密着型通所介護						付表9
	居宅介護支援事業						付表10	
	サ ー ビ ス 防 着 型	介護予防認知症対応型通所介護						付表2
		介護予防小規模多機能型居宅介護						付表3
		介護予防認知症対応型共同生活介護						付表4
介護保険事業者番号				(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)				

* 裏面に記載に関する備考があります。

備考

- 1 「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」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 既に地域密着型サービス事業所の指定をうけている事業者が、地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係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、既に地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、地域密着型サービス事業所の指定を受ける場合においても同様に届出を省略できます。

付表5 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ										
	名 称										
	所在地	(郵便番号 ー) 県 都市									
	連絡先	電話番号					FAX 番号				
		Email									
施設の区分 (該当に○)	有料老人ホーム					施設開設年月日					
	軽費老人ホーム					施設開設年月日					
	サービス付き高齢者向け住宅					施設開設年月日					
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 ー)				
	氏 名										
	生年月日										
	当該特定施設で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)										
	同一敷地内の他の事業所又は施設の 従業者との兼務 (兼務の場合記入)	名称					事業所番号				
	兼務する職種 及び勤務時間等										
医療協力 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)									
利用者数(推定数を記入)		人(前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)									
		要介護者				人					
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
入居定員						人					
建物の構造		☐ 耐火建築物 ☐ 準耐火建築物 ☐ その他									
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5 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の指定に係る記載事項 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3
4	設備・備品等一覧表	参考様式4
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5
7	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容	
8	誓約書	参考様式6
9	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式7

第2号様式

変更届出書

年 月 日

市(町・村)長 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 (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	(変更後)							
	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所								
	運営規程								
	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関								
	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等 との連携・支援体制								
	本体施設、本体施設との移動経路等								
	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2号の2様式

再開届出書

年 月 日

市(町・村)長 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、従業者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3号様式

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

市(町・村)長 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。

第4号様式

指定辞退届出書

年 月 日

市(町・村)長 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5号様式

指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所
指定居宅介護支援事業所

指定更新申請書

年 月 日

市(町・村)長 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に係る指定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 ー) 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) 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 名称			
	所在地	(郵便番号 ー) 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 名称			
管理者	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市		
	フリガナ 氏名		生年月日	
	住所	(郵便番号 ー) 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

添付すべき書類		夜間対応型訪問介護	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(介護予防)	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居者生活介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	複合型サービス	地域密着型通所介護	居宅介護支援	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	
1	登記事項証明書又は条例等	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
2	特別養護老人ホームの認可証等の写						○					
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	参考様式1
4	管理者の経歴		○	○	○						☆	参考様式2
5	平面図	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	参考様式3
6	設備等一覧表	○	○	○	○	○	○	○	○	○		参考様式4
7	本体施設の概要、本体施設との間の移動経路、方法及び移動時間						○					
8	併設する施設の概要						○					
9	運営規程	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
10	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	参考様式5
11	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容			○	○	○	○		○			
12	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連絡体制及び支援の体制の概要			○	○				○			
13	関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスとの連携主体との連携の内容										○	
14	誓約書(介護保険法第78条の2第4項各号に該当しないことを誓約する書面)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	参考様式6
15	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 「☆」を付した欄の添付書類は、参考様式によらず、主任介護支援専門員研修了証(経過措置期間中は介護支援専門員証の写し)を添付ください。

従業員等の勤務の体制及び勤務形態一覧表

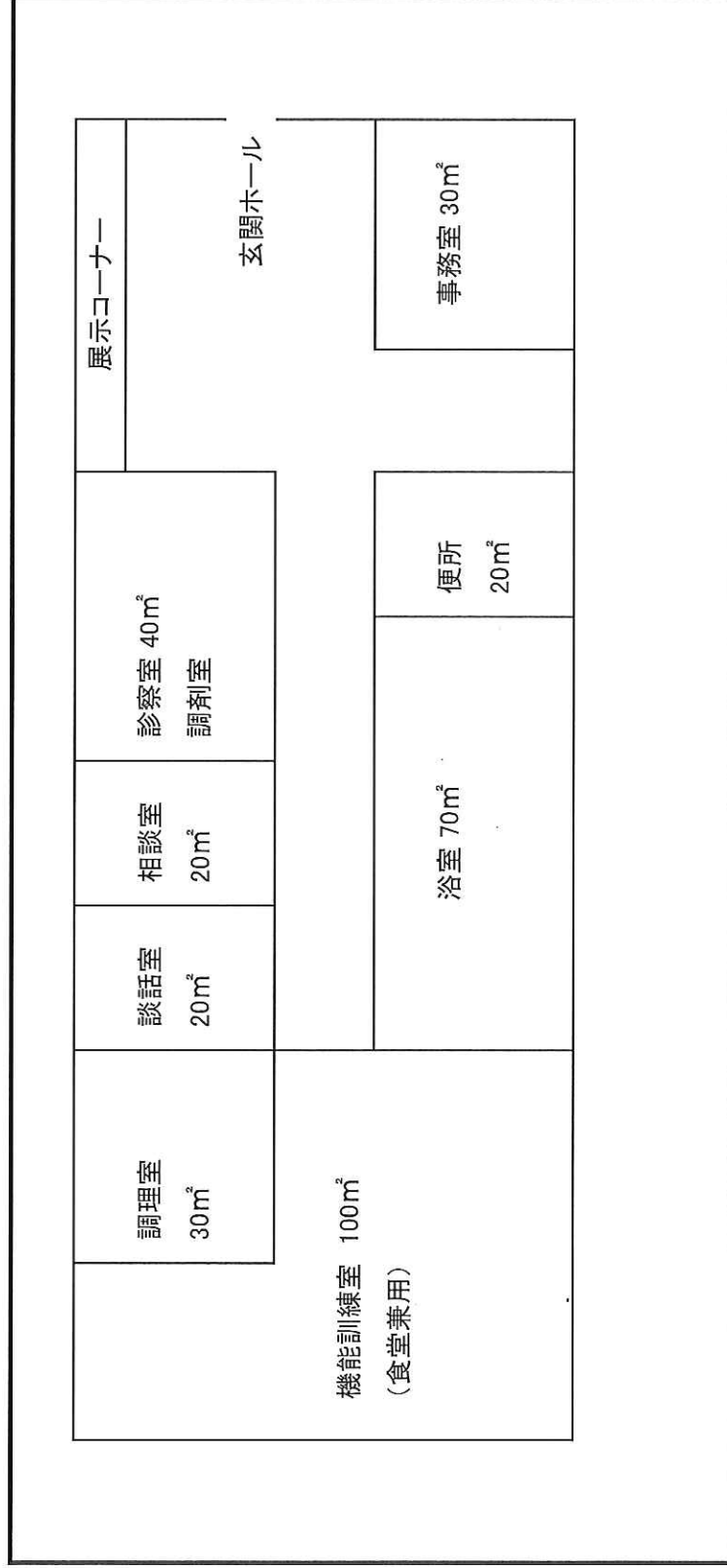
(年)	月分	サービス種類(事業所・施設名)
-----	----	-----------------

[illegible]

- 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
- 4 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、常勤の従業員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3)
平面図

事業所・施設の名称	
-----------	--



- 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4)

設備等一覧表

サービス種類()
事業所名・施設名()

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」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」等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5)

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	
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

市(町・村)長 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: 地域密着型サービス事業所向け
	別紙②: 居宅介護支援事業所向け
	別紙③: 地域密着型介護予防サービス事業所向け

(該当に○)

(別紙①:地域密着型サービス事業所向け)

介護保険法第78条の2第4項

- 一 申請者が市町村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員の数及び機能並びに人員が、第七十八条の四第一項の市町村の条例で定める基準若しくは同項の市町村の条例で定める員数又は同条第五項に規定する指定地域密着型サービスに従事する従業員に関する基準を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第七十八条の四第二項又は第五項に規定する指定地域密着型サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な地域密着型サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 当該申請に係る事業所が当該市町村の区域の外にある場合であって、その所在地の市町村長（以下この条において「所在地市町村長」という。）の同意を得ていないとき。
- 四の二 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（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又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、第七十八条の十（第二号から第五号までを除く。）の規定により指定（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又は地域密着型介護老人福祉施設入所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み、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、指定地域密着型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地域密着型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地域密着型サービス事業者が負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（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又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、第七十八条の十（第二号から第五号までを除く。）の規定により指定（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又は地域密着型介護老人福祉施設入所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み、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、指定地域密着型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地域密着型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地域密着型サービス事業者が負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（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者と密接な関係を有する者を除く。）が、第七十八条の十（第二号から第五号までを除く。）の規定により指定を取り消され、その取消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、指定地域密着型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地域密着型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地域密着型サービス事業者が負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、第七十八条の十（第二号から第五号までを除く。）の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第七十八条の五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。）又は第七十八条の八の規定による指定の辞退をした者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出又は指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 七の二 前号に規定する期間内に第七十八条の五第二項の規定による事業の廃止の届出又は第七十八条の八の規定による指定の辞退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。）の役員等若しく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又は当該指定の辞退に係る法人（当該指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。）の役員等若しくは当該指定の辞退に係る法人でない事業所（当該指定の辞退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、当該届出又は指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 八 申請者が、指定の申請前五年以上に住宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 九 申請者（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又は地域密着型介護老人福祉施設入所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の二から第六号まで又は前三号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十 申請者（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又は地域密着型介護老人福祉施設入所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の二から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第八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（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又は地域密着型介護老人福祉施設入所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の二から第六号まで又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。
- 十二 申請者（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又は地域密着型介護老人福祉施設入所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の二から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第八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

フリガナ 氏 名	介護支援専門員番号