

(介護保険法施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部改正)

第六十一条 介護保険法施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式(令和五年厚生労働省告示第三百三十一号)の一部を次のように改正する。

別紙様式第一号(五)及び(九)、別紙様式第二号(四)及び(七)並びに別紙様式第三号(四)並びに付表第一号(一)、(二)及び(四)から(七)まで、付表第二号(一)から(三)まで並びに付表第三号(一)及び(二)を次のように改める。



変更届出書

年 月 日

知事(市長)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	
	法人番号	
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、住所及び職名		
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)の建物の構造及び専用区画等		
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 (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	(変更後)	
運営規程		
協力医療機関・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 空床利用型・併設事業所型の別)		
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
- 「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
 - 「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。

介護老人保健施設・介護医療院 開設許可事項変更申請書

年 月 日

知事(市長)殿 所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり開設許可事項の変更の許可を申請します。

		介護保険事業所番号	.....
		法人番号	.....
申請に係る施設		名称	
		所在地	
開設許可年月日		年	月 日
変更年月日		年	月 日
変更事項(該当に○)		変更の内容	
	敷地面積	(変更前)	
	建物の構造概要・施設及び構造設備の概要		
	施設の共用の場合の利用計画		
	運営規程(職種・員数・職務内容・入所定員の増加に関する部分に限る。)	(変更後)	
	協力医療機関の変更		

- 備考 1 介護老人保健施設の許可又は介護医療院の許可に該当する付表と必要書類を添付してください。
 2 「変更事項」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、介護老人保健施設の許可又は介護医療院の許可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。

変更届出書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

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	
		法人番号	
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、住所及び職名		
	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		
	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴		
	運営規程			(変更後)
	協力医療機関・協力歯科医療機関		
	事業所の種別		
	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、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		
	連携する訪問看護を行う事業所の名称		
	連携する訪問看護を行う事業所の所在地		
	介護支援専門員の氏名及びその登録番号		

- 備考
- 「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
 - 「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。

指定介護予防支援委託(変更)の届出書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり、指定介護予防支援の一部を委託(変更)するので届け出ます。

		法人番号																		
地域包括支援センター	介護保険事業所番号					届出種別(該当に○)	新規		変更											
	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																		
委託先	介護保険事業所番号					届出種別(該当に○)	新規		変更											
	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																				
委託する指定介護予防支援の内容(該当に○)	1	アセスメントの実施				7	モニタリング													
	2	介護予防サービス計画原案の作成				8	評価													
	3	サービス担当者会議の開催				9	給付管理													
	4	介護予防サービス計画原案の説明・同意				10	その他													
	5	介護予防サービス計画書の交付																		
	6	サービス提供の連絡調整																		
指定介護予防支援の一部を委託する期間		年 月 日 ~ 年 月 日																		

- 備考 1 届け出た内容に変更があるときは、全ての内容を記入し、再度提出してください。
 2 委託する指定介護予防支援の内容の「10 その他」を選択時は、下段に内容を記入してください。
 3 委託しようとする事業所が複数ある場合は、指定介護予防支援委託先一覧を提出してください。
 記入欄が不足する場合は、行を追加又は複数ページに記入してください。

(参考) 記入欄不足時の資料
指定介護予防支援委託先一覧

項番	介護保険事業所番号	委託先事業所		委託する指定介護予防支援の内容 (下記内容参照、該当番号に○、10は下段に内容を記載)										指定介護予防支援の 一部を委託する期間			
		名称	所在地	連絡先	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10		
1																	年 月 日 ~ 年 月 日
2																	年 月 日 ~ 年 月 日
3																	年 月 日 ~ 年 月 日
4																	年 月 日 ~ 年 月 日
5																	年 月 日 ~ 年 月 日
6																	年 月 日 ~ 年 月 日
7																	年 月 日 ~ 年 月 日
8																	年 月 日 ~ 年 月 日
9																	年 月 日 ~ 年 月 日
10																	年 月 日 ~ 年 月 日

■委託する指定介護予防支援の内容

- 1 : アセスメントの実施
- 2 : 介護予防サービス計画原案の作成
- 3 : サービス担当者会議の開催
- 4 : 介護予防サービス計画原案の説明・同意
- 5 : 介護予防サービス計画書の交付
- 6 : サービス提供の連携・調整
- 7 : モニタリング
- 8 : 評価
- 9 : 給付管理
- 10 : その他

指定介護予防・日常生活支援総合事業事業所

指定申請書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

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。

		法人番号																				
申請者	フリガナ																					
	名称																					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)		都 道 市 区		府 県 町 村																
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号															
		Email																				
	法人等の種類																					
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ												生年月日								
		氏名																				
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申請時に☑												☐										
指定事業を受けようとする種類	同一所在地において行う事業等の種類	指定申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(登録)を受けている事業等(該当事業に○)	指定申請をする事業等の開始予定年月日	様式																	
	介護予防訪問介護相当サービス				付表第三号(一)																	
	緩和した基準による訪問型サービス(定率)																					
	緩和した基準による訪問型サービス(定額)																					
	介護予防通所介護相当サービス					付表第三号(二)																
	緩和した基準による通所型サービス(定率)																					
既に指定(登録)を受けている事業所の種類(該当に○)	訪問介護				/																	
	基準該当訪問介護																					
	通所介護																					
	基準該当通所介護																					
	地域密着型通所介護																					
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)																					
指定を受けている他市町村名																						
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)																					

備考

- 「指定申請対象事業等」「既に指定(登録)を受けている事業等」の欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 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。
- 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
- 指定を受けようとする事業所の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。
- 「介護予防訪問介護相当サービス」「介護予防通所介護相当サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の6第1号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。
- 「緩和した基準による訪問型サービス(定率)」「緩和した基準による訪問型サービス(定額)」「緩和した基準による通所型サービス(定率)」「緩和した基準による通所型サービス(定額)」は介護保険法施行規則第140条の63の6第2号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。

付表第一号(一) 訪問介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	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				
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地			
兼務先のサービス種別、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				
	生年月日				
	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
	氏名				
生年月日					
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 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次頁の記入欄不足時の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従業者も含めて記載してください。

(参考) 訪問介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供責任者

サービス提供責任者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	生年月日			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	生年月日			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	生年月日			

(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)

■複数事業所

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				

付表第一号(二) 訪問入浴・介護予防訪問入浴介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	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				
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地			
兼務先のサービス種別、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次頁の記入欄不足時の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。

(参考) 訪問入浴・介護予防訪問入浴介護事業所の指定等に係る記載事項不足時の資料

■協力医療機関

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	

付表第一号(四) 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等に係る記載事項

事業所	法人番号								
	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"/> 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 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 2 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ので、本申請の必要はありません。
 - 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従業者も含めて記載してください。

(参考) 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等に係る記載事項記入欄不足時の資料

(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)

■複数事業所

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			

付表第一号（五） 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等に係る記載事項

事業所	法人番号										
	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 病院、診療所又は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。
 - 2 「従業者の職種・員数」欄の「歯科衛生士」には、保健師、看護師、准看護師を含みます。

付表第一号(六) 通所介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号								
	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)								
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地							
		兼務先のサービス種別、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		㎡		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	市 区	府 県	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	m ²	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次頁の記入欄不足時の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、看護職員又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従業者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。

(参考) 通所介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

○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					
○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					

(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)

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

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								
○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 ²		利用定員(同時利用)		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					
○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					

付表第一号(七) 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等に係る記載事項

事業所	法人番号											
	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										
		診療所(下記ものを除く。)										
		診療所(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第111条第1項の適用を受けるもの)										
		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		m ²		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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 2 事業所の種別について、事業所が診療所である場合は、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第111条第1項の適用を受けるものを除き、「診療所(下記ものを除く。)」の欄に○をつけてください。
 - 3 従業者の員数については、サービス提供単位ごとの総数を記載してください。
 - 4 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。
 - 5 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

(参考) 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等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位3以降

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		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4	○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5	○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						

付表第一号(八) 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等に係る記載事項(単独型)

事業所	法人番号									
	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)									
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)		兼務先の名称、所在地		兼務先のサービス種別、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		調理員その他の従業者		栄養士を配置していない場合の措置	
			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									
	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								
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		調理員その他の従業者		栄養士を配置していない場合の措置	
			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									
	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								
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次頁の記入欄不足時の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。

(参考) 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等に係る記載事項(単独型)記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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	

付表第一号(九) 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等に係る記載事項
(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	法人番号									
	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									
	氏名	住所 (郵便番号 -)								
	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)									
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地	兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等							
空床利用型・併設事業所型の別		<input type="checkbox"/> 空床利用型 <input type="checkbox"/> 併設事業所型								
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(併設事業所型の場合記入)				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	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		調理員その他の従業者		栄養士を配置していない場合の措置	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
	短期入所生活介護及び 本体施設従事人数		常勤(人)							
			非常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項(併設事業所型の場合記入)									
	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								
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								
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(併設事業所型の場合記入)				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	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		調理員その他の従業者		栄養士を配置していない場合の措置	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
	短期入所生活介護及び 本体施設従事人数		常勤(人)							
			非常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項(併設事業所型の場合記入)									
	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								
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								
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
- 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 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特別養護老人ホーム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、「空床利用型・併設事業所型の別」欄の空床利用型・併設事業所型のいずれか一方又は両方にチェックをしてください。
 - 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。
 - 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。
 - 従業者の職種・員数の「※兼務」欄は、本体施設以外との兼務を行う従業者について記載してください。
 - 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。

(参考) 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等に係る記載事項
(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) 記入欄不足時の資料

■ 協力医療機関

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	

付表第一号(十) 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等に係る記載事項
(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	法人番号							
	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							
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)							
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地						
兼務先のサービス種別、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	兼務	専従	兼務
	本体施設の施設等従事人数	常勤(人)						
		非常勤(人)						
	短期入所生活介護従事人数	常勤(人)						
		非常勤(人)						
	常勤換算後の人数(人)							
			栄養士		機能訓練指導員		調理員その他の従業者	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	本体施設の施設等従事人数	常勤(人)						
		非常勤(人)						
	短期入所生活介護従事人数	常勤(人)						
非常勤(人)								
○設備に関する基準の確認に必要な事項								
居室	1室あたりの最大定員				人			
	利用者1人あたりの最小床面積				㎡			
	食堂と機能訓練室の合計面積				㎡			
廊下	片廊下の幅				m			
	中廊下の幅				m			
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	兼務	専従	兼務
	本体施設の施設等従事人数	常勤(人)						
		非常勤(人)						
	短期入所生活介護従事人数	常勤(人)						
		非常勤(人)						
	常勤換算後の人数(人)							
			栄養士		機能訓練指導員		調理員その他の従業者	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	本体施設の施設等従事人数	常勤(人)						
		非常勤(人)						
	短期入所生活介護従事人数	常勤(人)						
非常勤(人)								
○設備に関する基準の確認に必要な事項								
居室	1室あたりの最大定員				人			
	利用者1人あたりの最小床面積				㎡			
	食堂と機能訓練室の合計面積				㎡			
廊下	片廊下の幅				m			
	中廊下の幅				m			
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次頁の記入欄不足時の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」、「介護医療院」、「特定施設入居者生活介護」、「地域密着型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」、「その他」を記入してください。

(参考) 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等に係る記載事項
(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) 記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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	

付表第一号(十一) 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等に係る記載事項

事業所	法人番号											
	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 _____) _____ 市 区 町 村 _____ 都 道 府 県										
連絡先	電話番号	(内線) _____				FAX 番号	_____					
	Email	_____										
事業所種別 (該当に○を記入)	①介護老人保健施設											
	②療養病床を有する病院・診療所											
	③②に該当しない診療所											
	④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 ③ 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	医師		薬剤師		看護職員		介護職員		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)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
	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	入院患者1人あたり床面積		_____								m ²
廊下		片廊下の幅		_____								m
		中廊下の幅		_____								m
食堂		_____								m ²		
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										
サ ー ビ ス 提 供 単 位 2 (事 業 所 種 別 ③ 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	医師		薬剤師		看護職員		介護職員		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)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
	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	入院患者1人あたり床面積		_____								m ²
廊下		片廊下の幅		_____								m
		中廊下の幅		_____								m
食堂		_____								m ²		
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										
添付書類	別添のとおり											

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 2 「申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員」欄は、当該施設等のうち、短期入所療養介護に供する部分の定員について記載すること。
 3 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が行うものについては、法第71条第1項及び第72条第1項の規定により指定があったものとみなされる場合は、本申請の必要はありません。

(参考) 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等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■複数病棟

病棟名												
サ ー ビ ス 提 供 単 位 1 (事 業 所 種 別 ③ に 該 当)	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	医師		薬剤師		看護職員		介護職員		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)											
	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	入院患者1人あたり床面積										m ²
廊下		片廊下の幅										m
		中廊下の幅										m
食堂										m ²		
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						
サ ー ビ ス 提 供 単 位 2 (事 業 所 種 別 ③ に 該 当)	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	医師		薬剤師		看護職員		介護職員		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)											
	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	入院患者1人あたり床面積										m ²
廊下		片廊下の幅										m
		中廊下の幅										m
食堂										m ²		
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						

付表第一号(十二) 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等に係る記載事項

事業所	法人番号										
	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										
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										
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(兼務の場合のみ記入)										
他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地										
	兼務先のサービス種別、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次頁の記入欄不足時の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。

(参考) 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等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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	

付表第一号(十三) 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号					
	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			(郵便番号	—)
	氏名			住所		
	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)					
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地				
兼務先のサービス種別、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機器」、「移動用リフト(つり具の部分を除く.)」、「自動排泄処理装置」のうちから記入してください。

付表第一号(十四) 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等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	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 Email	(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)				
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)		兼務先の名称、所在地		
		兼務先のサービス種別、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」、「排泄予測支援機器」、「入浴補助用具」、「簡易浴槽」、「移動用リフトのつり具の部分」、「スロープ」、「歩行器」、「歩行補助つえ」のうちから記入してください。

付表第一号(十五) 介護老人福祉施設の指定等に係る記載事項

施設	法人番号									
	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									
	当該施設で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)									
他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地									
	兼務先のサービス種別、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者数	常勤(人) 非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			栄養士・管理栄養士		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者数	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		
食 堂	利用者1人あたりの最小床面積			㎡				㎡		
廊 下	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		
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者数	常勤(人) 非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			栄養士・管理栄養士		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者数	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		
食 堂	利用者1人あたりの最小床面積			㎡				㎡		
廊 下	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		
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次頁の記入欄不足時の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 従業者の職種・員数の「※兼務」欄は、短期入所生活介護以外の兼務を行う従業者について記載してください。
- 6 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。

(参考) 介護老人福祉施設の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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	

付表第一号(十六) 介護老人保健施設の許可等に係る記載事項

施設	法人番号									
	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									
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)									
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)		兼務先の名称、所在地							
		兼務先のサービス種別、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						
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		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
	介護老人保健施設従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			理学・作業療法士、言語聴覚士	栄養士・管理栄養士		支援相談員		介護支援専門員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護老人保健施設従事人数	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										
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						
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		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
	介護老人保健施設従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			理学・作業療法士、言語聴覚士	栄養士・管理栄養士		支援相談員		介護支援専門員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護老人保健施設従事人数	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										
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						
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次頁の記入欄不足時の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。

(参考) 介護老人保健施設の許可等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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	

■通所リハビリテーションサービス提供単位3以降

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		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	:		~		:					
	入	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4	○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	:		~		:					
	入	日曜日・祝日	:		~		:					
サービス提供時間		:		~		:						
利用定員				人								

付表第一号(十七) 介護医療院の許可等に係る記載事項

施設	法人番号									
	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									
	氏 名									
	生年月日									
	住所	(郵便番号 —)								
当該施設で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)										
他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)		兼務先の名称、所在地								
		兼務先のサービス種別、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								
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、言語聴覚士		栄養士・管理栄養士		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						
		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	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院従事人数		常 勤(人)							
			非常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)									
			理学・作業療法士、言語聴覚士		栄養士・管理栄養士		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						
		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		
○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									
○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次頁の記入欄不足時の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。

(参考) 介護医療院の許可等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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	

■複数療養棟

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																				
○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3	従業者の職種・員数		<table border="1"> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">医師</th> <th colspan="2">薬剤師</th> <th colspan="2">看護職員</th> <th colspan="2">介護職員</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> </tr> </table>			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
			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、言語聴覚士	栄養士・管理栄養士	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	m ²																				
廊下		片廊下の幅	m																				
		中廊下の幅	m																				
		機能訓練室面積	m ²																				
		食堂(共同生活室)面積	m ²	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他																			
		入所者の予定数	人																				
		一日当たりの通所総利用者予定数	人																				
		建物の構造																					
		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4	従業者の職種・員数		<table border="1"> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">医師</th> <th colspan="2">薬剤師</th> <th colspan="2">看護職員</th> <th colspan="2">介護職員</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> </tr> </table>			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
			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、言語聴覚士	栄養士・管理栄養士	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	m ²																				
廊下		片廊下の幅	m																				
		中廊下の幅	m																				
		機能訓練室面積	m ²																				
		食堂(共同生活室)面積	m ²																				
		入所者の予定数	人																				
		一日当たりの通所総利用者予定数	人																				
		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																			
		入所定員	人																				

■通所リハビリテーションサービス提供単位3以降

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		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4	○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)											
	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										

付表第二号(一) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号												
	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												
	氏名												
	生年月日												
	住所	(郵便番号 —)											
当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)													
他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)		兼務先の名称、所在地											
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等											
連携する訪問看護事業所(連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施する場合のみ記載)													
		名称											
		住所											
		(郵便番号 —)											
○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				オペレーター		看護職員		理学・作業療法士、言語聴覚士		うち計画作成責任者	
		定期巡回サービス		随時訪問サービス									
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	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											

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

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、遮宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の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、下段の表に所在地以外の場所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従業者も含めて記載してください。

(参考) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■連携する訪問看護事業所

連携する訪問看護事業所 (連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を 実施する場合のみ記載)	名称	
	住所	(郵便番号 -)
連携する訪問看護事業所 (連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を 実施する場合のみ記載)	名称	
	住所	(郵便番号 -)

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所

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			

付表第二号（二） 夜間対応型訪問介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号								
	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								
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)								
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合に記入)		兼務先の名称、所在地						
		兼務先のサービス種別、 兼務する職種及び勤務時間 等							
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
オペレーションセンターの有無				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
オペレーションセンターの設置数				か所					
従業者の職種・員数		訪問介護員等				オペレーター		面接相談員	
		定期巡回サービス		随時訪問サービス					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)									
非常勤(人)									

(夜間対応型訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

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次頁の記入欄不足時の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従業者も含めて記載してください。

(参考) 夜間対応型訪問介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

(夜間対応型訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号	—)	
		都府	道県	市区町	区村
連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号	
	Ema i l				

付表第二号(三) 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号								
	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								
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)								
	他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、 所在地					事業所番号		
	兼務先のサービス種別、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 ²		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								

(地域密着型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	市区	府県	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	m ²	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次頁の記入欄不足時の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、看護職員又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従業者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。

(参考) 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

サービス提供単位4	○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5	○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6	○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	:				

(地域密着型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)

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

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								
○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 ²		利用定員(同時利用)		人			
サービス提供単位4	○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5	○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6	○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	:	:	:	

付表第二号（四） 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定等に係る記載事項（単独型・併設型）

事業所	法人番号									
	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									
事業の実施形態		<input type="checkbox"/> 単独型		<input type="checkbox"/> 併設型						
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 (兼務の場合のみ記入)									
	他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地					事業所番号			
兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等										
○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	○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	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
	営業時間		その他(年末年始休日等)							
	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	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
	営業時間		その他(年末年始休日等)							
	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									
	従業員の職種・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
	営業時間		その他(年末年始休日等)							
	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									

(認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

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 Email	(内線)	FAX番号						
○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					

- 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次頁の記入欄不足時の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、看護職員又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、従業員については、上段の表に出張所に勤務する従業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。

(参考) 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定等に係る記載事項(単独型・併設型)記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

サービス提供単位4	○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		:			~			:		
サービス提供時間	:			~			:			
利用定員				人						
サービス提供単位5	○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		:			~			:		
サービス提供時間	:			~			:			
利用定員				人						

(認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

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										
○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 ²					利用定員(同時利用)	人			
サービス提供単位4	○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5	○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										

付表第二号（五） 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定等に係る記載事項（共用型）

事業所	法人番号											
	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											
本体事業種別		<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所			<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設			<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設				
管理者	フリガナ											
	氏名											
	生年月日											
	住所	(郵便番号 -)										
当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)												
他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、 所在地									事業所番号		
	兼務先のサービス種 別、兼務する職種及び 勤務時間等											
○人員に関する基準の確認に必要な事項												
本体の事業所等の入居者を含めた利用者数												
人												
○設備に関する基準の確認に必要な事項												
食堂及び機能訓練室の合計面積				㎡				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			介護職員又は介護従業者			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)											
	計画作成担当者	医師			栄養士			介護支援専門員				
		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			介護職員又は介護従業者			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)											
	計画作成担当者	医師			栄養士			介護支援専門員				
		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			介護職員又は介護従業者			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)											
	計画作成担当者	医師			栄養士			介護支援専門員				
		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										

(認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

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								
○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							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
サービス提供単位2	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							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	サービス提供単位3	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							

- 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 2 管理者の業務については、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、看護職員又は介護職員と兼務しない場合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従業者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。

(参考) 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定等に係る記載事項(共用型)記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

サービス提供単位4	○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		介護職員又は介護従業者		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)									
	計画作成担当者	生活相談員		医師		栄養士		介護支援専門員		
		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5	○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		介護職員又は介護従業者		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)									
	計画作成担当者	生活相談員		医師		栄養士		介護支援専門員		
		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6	○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		介護職員又は介護従業者		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)									
	計画作成担当者	生活相談員		医師		栄養士		介護支援専門員		
		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						

(認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号		—)		
		都府	道県	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		m ²			利用定員(同時利用)		人		
サービス提供単位4	○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5	○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6		○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						

付表第二号(六) 小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号					
	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					
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)					
他の事業所、施設等の職務 との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、 所在地				事業所番号	
	兼務先のサービス種 別、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	
○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		介護従業者		看護職員		介護支援専門員
		専従	兼務	専従	兼務	専従 兼務
常勤(人)						
非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)						
通いサービスの利用者数(推定数を記入)		人				
○設備に関する基準の確認に必要な情報						
居間及び食堂の合計面積		㎡				
個室以外の宿泊室の合計面積		㎡		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	人	
登録定員		人				
通いサービスの利用定員		人		宿泊サービスの利用定員	人	
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	
添付書類		別添のとおり				

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

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情報						
居間及び食堂の合計面積		㎡				
個室以外の宿泊室の合計面積		㎡		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	人	
登録定員		人				
通いサービスの利用定員		人		宿泊サービスの利用定員	人	
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	

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次頁の記入欄不足時の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 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
- 4 当該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従業者も含めて記載してください。

(参考) 小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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	

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

■複数事業所

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 Email	(内線)	FAX 番号	
○設備に関する基準の確認に必要な情報					
居間及び食堂の合計面積		㎡			
個室以外の宿泊室の合計面積		㎡		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	人
登録定員		人			
通いサービスの利用定員		人		宿泊サービスの利用定員	人
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

付表第二号(七) 認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号							
	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)			
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)							
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地				事業所番号		
	兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等							
本体施設の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	本体施設名称			事業所番号		
協力医療機関	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								
共同生活住居数		戸		①		②		
従業者の職種・員数				介護従業者		介護従業者		
				専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)						
		非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)								
利用者数(推定数を記入)	合計	人	人	人	人			
利用定員		人		人	人	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				
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次頁の記入欄不足時の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 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。

(参考) 認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定等に係る記載事項 記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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	

付表第二号(八) 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号											
	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											
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											
	サービス付き高齢者向け住宅											
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)											
他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地					事業所番号						
	兼務先のサービス種別、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)												
利用者数(推定数を記入)		要介護者				(前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)						
		人				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		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> 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次頁の記入欄不足時の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。

(参考) 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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	

付表第二号(九) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定等に係る記載事項

施設	法人番号									
	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									
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)									
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地					事業所番号			
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等								
本体施設の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	本体施設名称				事業所番号				
併設事業所の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	短期入所生活介護の実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業の実施形態	<input type="checkbox"/> 空床利用型 <input type="checkbox"/> 併設事業所					
協力医療機関	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		介護職員		看護職員	
			専 従	* 兼 務	専 従	* 兼 務	専 従	* 兼 務	専 従	* 兼 務
	地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数	常 勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			栄 養 士		機能訓練指導員		介護支援専門員等		栄養士を配置しない場合の措置	
			専 従	* 兼 務	専 従	* 兼 務	専 従	* 兼 務		
	地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数	常 勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
入所者数(推定数を記入)		人		短期入所利用者数(併設型の場合)		人(推定数を記入)				
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
		地域密着型介護老人福祉施設			短期入所生活介護					
居室	1室の最大定員	人			人					
	入所者1人あたりの最小床面積	㎡			㎡					
食堂と機能訓練室の合計面積		㎡			㎡					
廊下	片廊下の幅	m			m					
	中廊下の幅	m			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				
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		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
	地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数	常 勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			栄 養 士		機能訓練指導員		介護支援専門員等		栄養士を配置しない場合の措置	
			専 従	* 兼 務	専 従	* 兼 務	専 従	* 兼 務		
	地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数	常 勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
入所者数(推定数を記入)		人		短期入所利用者数(併設型の場合)		人(推定数を記入)				
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
		地域密着型介護老人福祉施設			短期入所生活介護					
居室	1室の最大定員	人			人					
	入所者1人あたりの最小床面積	㎡			㎡					
食堂と機能訓練室の合計面積		㎡			㎡					
廊下	片廊下の幅	m			m					
	中廊下の幅	m			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				
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次頁の記入欄不足時の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 従業者の職種・員数の「* 兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う従業者について記載してください。
 5 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。
 6 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、記載不要です。

(参考) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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	

付表第二号(十) 複合型サービス事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号							
	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							
訪問看護事業所の指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	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					
	名称			事業所番号				
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)							
他の事業所、施設等の 職務との兼務の有無 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地							
	事業所番号							
	兼務先のサービス種別、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			
○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		介護従事者		うち看護職員		介護支援専門員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
常勤(人)								
非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)								
通いサービスの利用者数(推定数を記入)				人				
○設備に関する基準の確認に必要な事項								
居間及び食堂の合計面積				m ²				
個室の宿泊室				室	うち床面積6.4m ² 以上7.43m ² 未満の宿泊室 (病院又は診療所である場合)		室	
個室以外の宿泊室の合計面積				m ²	宿泊サービスの利用定員から 個室の定員数を減じた数		人	
登録定員				人				
通いサービスの利用定員				人	宿泊サービスの利用定員		人	
利用者の推定数				人				
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		
添付書類		別添のとおり						

(複合型サービス事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項)

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							
○設備に関する基準の確認に必要な事項								
居間及び食堂の合計面積				m ²				
個室の宿泊室				室	うち床面積6.4m ² 以上7.43m ² 未満の宿泊室 (病院又は診療所である場合)		室	
個室以外の宿泊室の合計面積				m ²	宿泊サービスの利用定員から 個室の定員数を減じた数		人	
登録定員				人				
通いサービスの利用定員				人	宿泊サービスの利用定員		人	
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		

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次頁の記入欄不足時の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 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
- 4 当該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従業者も含めて記載してください。

(参考) 複合型サービス事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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	

(複合型サービス事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項)

■複数事業所

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 Email	(内線)	FAX番号
○設備に関する基準の確認に必要な事項				
	居間及び食堂の合計面積	m ²		
	個室の宿泊室	室	うち床面積6.4m ² 以上7.43m ² 未満の宿泊室 (病院又は診療所である場合)	室
	個室以外の宿泊室の合計面積	m ²	宿泊サービスの利用定員から 個室の定員数を減じた数	人
	登録定員	人		
	通いサービスの利用定員	人	宿泊サービスの利用定員	人
	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		

付表第二号(十一) 指定居宅介護支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号					
	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		
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)					
	他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地			事業所番号	
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等				
○人員に関する基準の確認に必要な事項						
従業者の職種・員数(人)		介護支援専門員				
		専従	兼務			
常勤(人)						
非常勤(人)						
事業開始時の利用者の推定数				人		
添付書類		別添のとおり				

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
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。

付表第二号(十二) 指定介護予防支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号			
	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 Email	(内線)	FAX 番号
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)			
	他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地		
	兼務先のサービス種別、兼 務する職種及び勤務時間 等			
○人員に関する基準の確認に必要な事項				
従業者の職種・員数(人)		担当職員		
		専従	兼務	
常勤(人)				
非常勤(人)				
事業開始時の利用者の推定数		人		
添付書類		別添のとおり		

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
 - 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 担当職員については、指定居宅介護支援事業者である場合は介護支援専門員について記載してください。

付表第三号(一) 訪問型サービス事業所の指定等に係る記載事項

サービス種類(該当に○)		介護予防訪問介護相当サービス		緩和した基準による訪問型サービス		定率	定額	
事業所	法人番号							
	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							
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)							
	他の事業所、施設 等の職務との兼務 (兼務の場合のみ 記入)	兼務先の名称、所在地						
兼務先のサービス 種別、兼務する職種 及び勤務時間等								
○人員に関する基準の確認に必要な事項								
従業者の職種・員数		訪問介護員等						
		専 従		兼 務				
常 勤(人)								
非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)								
利用者の推定数(人)								
サービス提供 責任者 ※介護予防訪問介護相当サ ービス該当時	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							

(訪問型サービス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次頁の記入欄不足時の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従業者も含めて記載してください。
 - 4 「介護予防訪問介護相当サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の6第1号で定める基準に基づき行われるサービスを、「緩和した基準による訪問型サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の6第2号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。

(参考) 訪問型サービス事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供責任者

サービス提供責任者 ※介護予防訪問介護相当サービス該当時	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
フリガナ		住所	(郵便番号 -)	
氏名				

(訪問型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所

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				

付表第三号(二) 通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項

サービス種類(該当に○)		介護予防通所介護相当サービス		緩和した基準による通所型サービス		定率	定額	
事業所	法人番号							
	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)							
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地						
兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等								
○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	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						

(通所型サービス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	市区	府県	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	m ²		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次頁の記入欄不足時の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、看護職員又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従業者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。
 - 6 「介護予防通所介護相当サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の6第1号で定める基準に基づき行われるサービスを、「緩和した基準による通所型サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の6第2号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。

(参考) 通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

サービス提供単位4	○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5	○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						

(通所型サービスを事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

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										
○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 ²			利用定員(同時利用)			人			
サービス提供単位4	○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5	○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						