

老人福祉施設

設置の届出書

年 月 日

知事殿

所在地

届出者 名称

代表者職名・氏名

老人福祉法に規定する施設設置の旨を下記のとおり、
関係書類を添えて届け出ます。

		法人番号				
経営者・法人	フリガナ					
	氏名(名称)					
	住所(主たる事業所の所在地)	(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						
法人の吸収合併又は吸収分割における届出時に ☒						
届出を行う施設の 種類及び内容	施設の種類の種類	届出対象施設 (該当事業に○)		事業開始の予定 年月日	様 式	
	老人デイサービスセンター					
	老人短期入所施設					
	老人介護支援センター					
	養護老人ホーム				付表第一号(一)	
	特別養護老人ホーム				付表第一号(二)	
	有料老人ホーム				付表第一号(三)	
	介護保険事業所番号			(既に介護保険法上の指定を受けている場合)		
施設	フリガナ					
	名 称					
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村				
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号	
		Email				
	事業を行おうとする区域					
	入所／入居定員	人				
	居室数 ※有料老人ホームの場合のみ	室				
施設長／ 管理者	フリガナ			住所 ※有料老人ホームの場合のみ	(郵便番号 -)	
	氏 名					
○職員の定数及び職務の内容 ※有料老人ホームの場合には記入不要						
職種		職務内容			定数	
					人	
					人	
					人	
					人	
添付書類		別添のとおり				

様式第一号(三)

老人福祉施設 養護老人ホーム

設置認可の申請書

年 月 日

知事殿 所在地

届出者 名称

代表者職名・氏名

老人福祉法に規定する養護老人ホームについて認可を受けたいので、
下記のとおり関係書類を添えて申請します。

		法人番号						
経 営 者 ・ 法 人	フリガナ							
	氏名(名称)							
	住所(主たる事業所の所在地)		(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								
法人の吸収合併又は吸収分割における届出時に ☒ ☐								
施 設	介護保険事業所番号				(既に介護保険法上の指定を受けている場合)			
	フリガナ							
	名 称							
	入所定員		人					
	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					
	事業開始の予定年月日							
	施 設 長	フリガナ						
		氏 名						
	主 な 職 員	フリガナ						
		氏 名						
	○職員の定数及び職務の内容							
	職種		職務内容			定数		
						人		
						人		
						人		
						人		
	入所者数		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		施設長		医師		生活相談員	
			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)								
従業者の職種・員数		支援員		看護職員		栄養士		
		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								
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		㎡						
片廊下の幅		m						
中廊下の幅		m						
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						

老人福祉施設 特別養護老人ホーム

設置認可の申請書

年 月 日

知事殿

所在地

届出者 名称

代表者職名・氏名

老人福祉法に規定する特別養護老人ホームについて認可を受けたいので、
下記のとおり関係書類を添えて申請します。

		法人番号									
経営者・法人	フリガナ										
	氏名(名称)										
	住所(主たる事業所の所在地)		(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											
法人の吸収合併又は吸収分割における届出時に☑											
届出を行う事業の種類及び内容	事業等の種類				届出対象事業等 (該当事業に○)	事業等の開始 予定年月日					
	老人居宅介護等事業										
	老人デイサービス事業										
	老人短期入所事業										
	小規模多機能型居宅介護事業										
	認知症対応型老人共同生活援助事業										
複合型サービス福祉事業											
施設	介護保険事業所番号		(既に介護保険法上の指定を受けている場合)								
	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								
	事業開始の予定年月日										
	施設長	フリガナ									
		氏 名									
	主な職員	フリガナ									
		氏 名									
	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)			☐ 従来型	☐ ユニット型						
				☐ 地域密着型	☐ ユニット型地域密着型						
	入所定員			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			施設長		医 師	生活相談員	介護職員			
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		従事人数	常 勤(人)								
			非常勤(人)								
		常勤換算後の人数(人)									
				看護職員		栄養士		機能訓練指導員			
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
		従事人数	常 勤(人)								
			非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)											
入所者数		人(推定数を記入)									
○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					
	入所者1人あたりの最小床面積					㎡					
	直接外気に面して解放できる面積					㎡					
静養室	入所者1人あたりの最小床面積					㎡					
	直接外気に面して解放できる面積					㎡					
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			☐ 耐火建築物			☐ 準耐火建築物		☐ その他			
添付書類			別添のとおり								

知事殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

老人福祉法上に規定する施設について、次のとおり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		
変更内容	変更年月日		年 月 日	
	変更があった事項(該当に○)		変更の内容	
		施設の名称、種類	(変更前)	
		施設の所在地		
		設置者の氏名(法人であるときは、その名称)		
		設置者の住所(法人であるときは、主たる事務所の所在地)		
		建物の規模及び構造並びに設備の概要		
		施設の施設長/管理者の氏名		
		施設の施設長/管理者の住所		
		事業を行おうとする区域		
		入所定員、入居定員		
		居室数		
		施設の運営の方針		
		登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)		(変更後)
		施設において供与をされる介護等の内容		
		建築基準法第六条第一項の確認を受けたことを証する書類		
		設置届時の直近の事業年度の決算書		
		職員の配置の計画		
		一時金、利用料その他の入居者の費用負担の額		
		保全措置を講じたことを証する書類		
	一時金の返還に関する契約の内容			
	長期の収支計画			
	重要事項説明書			
	その他			

備考 「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。

経営者・法人	フリガナ				
	氏名(名称)				
	住所(主たる事業所の所在地)	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村			
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号	
		Email			
	法人等の種類				
法人の吸収合併又は吸収分割における届出時に ☒					
	フリガナ				
	名 称				
	施設の種類	☐ 老人デイサービスセンター ☐ 老人短期入所施設 ☐ 老人介護支援センター ☐ 養護老人ホーム ☐ 特別養護老人ホーム ☐ 有料老人ホーム			
	所在地	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村			
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号	
		Email			
	事業を行おうとする区域				
	入所／入居定員	人			
居室数 ※有料老人ホームの場合のみ	室				
施設長／管理者	フリガナ				
	氏 名	住所 ※有料老人ホームの場合のみ	(郵便番号 ー)		
添付書類		別添のとおり			

※参考 届出が必要な変更事項(老人福祉法第十五条の二及び第二十九条第二項)

	老人デイサービスセンター	老人短期入所施設	老人介護支援センター	養護老人ホーム	特別養護老人ホーム	有料老人ホーム
施設の名称、種類	○	○	○	○	○	○
施設の所在地	○	○	○	○	○	○
設置者の氏名(法人であるときは、その名称)						○
設置者の住所(法人であるときは、主たる事務所の所在地)						○
建物の規模及び構造並びに設備の概要	○	○	○	○	○	○
施設の施設長/管理者の氏名	○	○	○			○
施設の施設長/管理者の住所						○
事業を行おうとする区域	○	○	○			
入所定員、入居定員		○				○
居室数						○
施設の運営の方針				○	○	○
登記事項証明書・条例等						○
施設において供与をされる介護等の内容						○
建築基準法第六条第一項の確認を受けたことを証する書類						○
設置届時の直近の事業年度の決算書						○
職員の配置の計画						○
一時金、利用料その他の入居者の費用負担の額						○
保全措置を講じたことを証する書類						○
一時金の返還に関する契約の内容						○
長期の収支計画						○
重要事項説明書						○
その他						

様式第一号(八)
老人福祉法に規定する老人福祉施設
廃止・休止・入所定員の減少・増加届出(認可申請)書

年 月 日

知事殿 所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業の廃止・休止又は入所定員の減少・増加を届け出ます。

	介護保険事業所番号	
	法人番号	
廃止・休止又は入所定員の減少・増加をする事業所	名称	
	所在地	
サービスの種類		
廃止・休止・入所定員の減少・増加の別	☐ 廃止 ☐ 入所定員の減少 ☐ 休止 ☐ 入所定員の増加	
廃止・休止又は入所定員の減少・増加をする年月日	年 月 日	
廃止・休止又は入所定員の減少・増加をする理由		
現に便宜若しくは援助を受け 又は入所している者に対する措置 (廃止・休止又は入所定員の減少をする場合)		
減少・増加後の入所定員		
休止予定期間	休止日 ~ 年 月 日	

備考 廃止・休止又は入所定員の減少・増加の日の1月前までに届け出てください。
入所定員の減少・増加は、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームのみが対象となります。

付表第一号(一) 養護老人ホームの設置の届出に係る記載事項

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							
主な職員	フリガナ							
	氏 名							
入所者数		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		施設長		医師		生活相談員		
		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)								
従業者の職種・員数		支援員		看護職員		栄養士		
		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								
居室	1室あたりの最大定員			人				
	入所者1人あたりの最小床面積			m ²				
廊下	片廊下の幅			m				
	中廊下の幅			m				
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						

付表第一号(二) 特別養護老人ホームの設置の届出に係る記載事項

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										
主な職員	フリガナ										
	氏 名										
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)					☐ 従来型 ☐ ユニット型 ☐ 地域密着型 ☐ ユニット型地域密着型						
○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			施設長		医師		生活相談員		介護職員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
従事人数	常 勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
			看護職員		栄養士		機能訓練指導員				
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
従事人数	常 勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
入所者数			人(前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)								
○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									
	入所者1人あたりの最小床面積	㎡									
	直接外気に面して解放できる面積	㎡									
静養室	入所者1人あたりの最小床面積	㎡									
	直接外気に面して解放できる面積	㎡									
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			☐ 耐火建築物 ☐ 準耐火建築物 ☐ その他								
添付書類		別添のとおり									

付表第一号(三) 有料老人ホームの設置の届出に係る記載事項

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										
介護サービスの提供有無		☐ 有 ☐ 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		管理者		生活相談員		栄養士		調理員		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)											
		看護職員		機能訓練指導員							
		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											
居室	利用者1人あたりの最小床面積					㎡					
廊下	片廊下の幅					m					
	中廊下の幅					m					
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									