

新旧対照表

改正案	現行
(届出書等の様式) 第二条 老人居宅生活支援事業に係る次の各号に掲げる届出書等の様式は、それぞれ当該各号に定めるところによる。 一 法第十四条による老人居宅生活支援事業事業開始の届出書 様式第一号 二 法第十四条の二による老人居宅生活支援事業変更届出書 様式第二号 三 法第十四条の三による老人居宅生活支援事業廃止・休止届出書 様式第三号 2 老人福祉施設に係る次の各号に掲げる届出書等の様式は、それぞれ当該各号に定めるところによる。 一 法第十五条第二項及び第三項による老人福祉施設設置の届出書 様式第四号 (削る) (削る) 二 法第十五条第四項による老人福祉施設養護老人ホーム設置認可の申請書 様式第五号 三 法第十五条第四項による老人福祉施設特別養護老人ホーム設置認可の申請書 様式第六号 四 法第十五条の二第一項及び第二項による老人福祉施設変更届出書 様式第七号 (削る) 五 法第十六条第一項から第三項までによる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 様式第八号 (削る)	(届出書等の様式) 第二条 老人居宅生活支援事業に係る次の各号に掲げる届出書等の様式は、それぞれ当該各号に定めるところによる。 一 法第十四条による老人居宅生活支援事業開始届 様式第一号 二 法第十四条の二による老人居宅生活支援事業変更届 様式第二号 三 法第十四条の三による老人居宅生活支援事業廃止(休止)届 様式第三号 2 老人福祉施設に係る次の各号に掲げる届出書等の様式は、それぞれ当該各号に定めるところによる。 一 法第十五条第二項による老人デイサービスセンター等設置届 様式第四号 二 法第十五条第三項による養護老人ホーム設置届 様式第五号 三 法第十五条第三項による特別養護老人ホーム設置届 様式第六号 四 法第十五条第四項による養護老人ホーム設置認可申請書 様式第七号 五 法第十五条第四項による特別養護老人ホーム設置認可申請書 様式第八号 六 法第十五条の二第一項による老人デイサービスセンター等変更届 様式第九号 七 法第十五条の二第二項による養護老人ホーム(特別養護老人ホーム)変更届 様式第十号 八 法第十六条第一項による老人デイサービスセンター等廃止(休止)届 様式第十一号 九 法第十六条第二項による養護老人ホーム(特別養護老人ホーム)廃止(休止)(入所定員減少)(入所定員増加)届 様式第十二号

改 正 案	現 行
(削る) 3 有料老人ホームに係る次の各号に掲げる届出書等の様式は、それぞれ当該各号に定めるところによる。 一 法第二十九条第一項による老人福祉施設設置の届出書 様式第四号 二 法第二十九条第二項による老人福祉施設変更届出書 様式第七号 三 法第二十九条第三項による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 様式第八号	十 法第十六条第三項による養護老人ホーム(特別養護老人ホーム)廃止(休止)(入所定員減少)(入所定員増加)認可申請書 様式第十三号 3 有料老人ホームに係る次の各号に掲げる届出書等の様式は、それぞれ当該各号に定めるところによる。 一 法第二十九条第二項による有料老人ホーム設置届 様式第十四号 二 法第二十九条第二項による有料老人ホーム変更届 様式第十五号 三 法第二十九条第三項による有料老人ホーム廃止(休止)届 様式第十六号

改 正 案		現 行																																																																																																																													
様式第1号(第2条関係) 老人居宅生活支援事業 事業開始の届出書 福岡県知事 殿 年 月 日 届出者 所在地 名称 代表者職名・氏名 老人福祉法に規定する事業所に係る事業開始の旨を下記のとおり、関係書類を添えて届け出ます。		様式第1号 年 月 日 老人居宅生活支援事業開始届 福岡県知事 殿 主たる事務所の所在地 法人等の名称 代表者氏名 老人居宅生活支援事業を下記のとおり開始するので、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第14条の規定により、関係書類を添えて届け出ます。 記 1 事業の種類及び内容 2 経営者の氏名及び住所(法人であるときは、その名称及び主たる事務所の所在地) 3 届出者の登記事項証明書又は条例 4 職員の定数及び職務の内容 5 主な職員の氏名 6 事業を行おうとする区域(市町村の委託を受けて事業を行おうとする者にあつては、当該市町村の名称を含む。) 7 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又は複合型サービス福祉事業を行おうとする場合 (1) 事業の用に供する施設、サービスの拠点又は住居の名称 (2) 事業の種類(老人デイサービス事業又は老人短期入所事業を行おうとする場合) (3) 施設等の所在地 (4) 入所定員、登録定員又は入居定員(老人デイサービス事業に係るものを除く。) 8 事業開始の予定年月日 9 その他知事が指示する書類																																																																																																																													
<table><tr><td rowspan="10">経営者・法人</td><td colspan="2">フリガナ 氏名(名称)</td><td colspan="2">法人番号</td></tr><tr><td colspan="2">(郵便番号 -)</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">住所(主たる事業所の所在地)</td><td>都 道 市 区 府 県 町 村</td><td></td></tr><tr><td>連絡先</td><td>電話番号 (内線)</td><td>FAX番号</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">Email</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">法人等の種類</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">法人の吸収合併又は吸収分割における届出時に</td><td colspan="2">☐</td></tr><tr><td rowspan="6">届出を行う事業の種類及び内容</td><td colspan="2">事業等の種類</td><td>届出対象事業等(該当事業に○)</td><td>事業等の開始予定年月日</td></tr><tr><td colspan="2">老人居宅介護等事業</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">老人デイサービス事業</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">老人短期入所事業</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">小規模多機能型居宅介護事業</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">認知症対応型老人共同生活援助事業</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">複合型サービス福祉事業</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="10">事業所</td><td colspan="2">介護保険事業所番号</td><td colspan="2">(既に介護保険法上の指定を受けている場合)</td></tr><tr><td colspan="2">フリガナ 名 称</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">(郵便番号 -)</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">所在地</td><td>都 道 市 区 府 県 町 村</td><td></td></tr><tr><td>連絡先</td><td>電話番号 (内線)</td><td>FAX番号</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">Email</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">事業を行おうとする区域</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>主な職員</td><td>フリガナ 氏 名</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">入所／入居／登録定員 人</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="4">○職員の定数及び職務の内容</td></tr><tr><td>職種</td><td colspan="2">職務内容</td><td>定数</td></tr><tr><td></td><td colspan="2"></td><td>人</td></tr><tr><td></td><td colspan="2"></td><td>人</td></tr><tr><td></td><td colspan="2"></td><td>人</td></tr><tr><td></td><td colspan="2"></td><td>人</td></tr><tr><td>添付書類</td><td colspan="3">別添のとおり</td></tr></table>		経営者・法人	フリガナ 氏名(名称)		法人番号		(郵便番号 -)				住所(主たる事業所の所在地)		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					事業所	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				(郵便番号 -)				所在地		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				主な職員	フリガナ 氏 名			入所／入居／登録定員 人				○職員の定数及び職務の内容				職種	職務内容		定数				人				人				人				人	添付書類	別添のとおり			(日本産業規格A4)	
経営者・法人	フリガナ 氏名(名称)		法人番号																																																																																																																												
	(郵便番号 -)																																																																																																																														
	住所(主たる事業所の所在地)		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																																																																																																																															
事業所	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																																																																																																																														
	(郵便番号 -)																																																																																																																														
	所在地		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																																																																																																																														
	主な職員	フリガナ 氏 名																																																																																																																													
	入所／入居／登録定員 人																																																																																																																														
	○職員の定数及び職務の内容																																																																																																																														
職種	職務内容		定数																																																																																																																												
			人																																																																																																																												
			人																																																																																																																												
			人																																																																																																																												
			人																																																																																																																												
添付書類	別添のとおり																																																																																																																														

改 正 案		現 行																																																																																																																												
様式第2号(第2条関係) 老人居宅生活支援事業 変更届出書 福岡県知事 殿 申請者 所在地 名称 代表者職名・氏名 老人福祉法に規定する事業所について、次のとおり内容を変更しましたので届け出ます。 <table><tr><td rowspan="10">変更内容</td><td>変更年月日</td><td>介護保険事業所番号</td><td></td></tr><tr><td>変更があった事項(該当に○)</td><td>法人番号</td><td></td></tr><tr><td>事業の種類及び内容</td><td colspan="2">(変更前)</td></tr><tr><td>経営者の氏名(法人であるときは、その名称)</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>経営者の住所(法人であるときは、主たる事務所の所在地)</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>主な職員の氏名</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>事業を行おうとする区域</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>事業所の名称</td><td colspan="2">(変更後)</td></tr><tr><td>事業所の種類</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>事業所の所在地</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>事業所の入所定員、登録定員又は入居定員</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>その他</td><td colspan="2"></td></tr></table> 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。 <table><tr><td rowspan="5">経営者・法人</td><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>氏名(名称)</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>住所(主たる事業所の所在地)</td><td>(郵便番号</td><td>-</td><td>)</td></tr><tr><td></td><td>都 道 市 区</td><td>府 県 町 村</td><td></td></tr><tr><td>連絡先</td><td>電話番号</td><td>(内線)</td><td>FAX番号</td></tr><tr><td></td><td>Email</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">法人等の種類</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">法人の吸収合併又は吸収分割における届出時に</td><td>☒</td><td>☐</td></tr></table> <table><tr><td rowspan="10">事業所</td><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>名 称</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>事業の種類</td><td colspan="3">☐ 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</td></tr><tr><td></td><td colspan="3">☐ 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</td></tr><tr><td>所在地</td><td>(郵便番号</td><td>-</td><td>)</td></tr><tr><td></td><td>都 道 市 区</td><td>府 県 町 村</td><td></td></tr><tr><td>連絡先</td><td>電話番号</td><td>(内線)</td><td>FAX番号</td></tr><tr><td></td><td>Email</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>事業を行おうとする区域</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>主な職員</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td></td><td>氏 名</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">入所／入居／登録定員</td><td colspan="2">人 ※老人居宅介護等事業の場合は記入不要</td></tr><tr><td>添付書類</td><td colspan="3">別添のとおり</td></tr></table>		変更内容	変更年月日	介護保険事業所番号		変更があった事項(該当に○)	法人番号		事業の種類及び内容	(変更前)		経営者の氏名(法人であるときは、その名称)			経営者の住所(法人であるときは、主たる事務所の所在地)			主な職員の氏名			事業を行おうとする区域			事業所の名称	(変更後)		事業所の種類			事業所の所在地			事業所の入所定員、登録定員又は入居定員			その他			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		☒	☐	事業所	フリガナ				名 称				事業の種類	☐ 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			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				主な職員	フリガナ				氏 名			入所／入居／登録定員		人 ※老人居宅介護等事業の場合は記入不要		添付書類	別添のとおり			様式第2号 年 月 日 老人居宅生活支援事業変更届 福岡県知事 殿 主たる事務所の所在地 法人等の名称 代表者氏名 年 月 日付けで事業の開始を届け出た老人居宅生活支援事業について、下記のとおりに変更したので、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第14条の2の規定により届け出ます。 記 1 事業の用に供する施設、サービスの拠点又は住居の名称及び所在地(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又は複合型サービス福祉事業の場合) 2 変更事項及びその内容 変更事項 変更前 変更後 (1) (2) (3) 3 変更年月日 4 変更理由 注 変更事項は、老人福祉法施行規則(昭和38年厚生省令第28号)第1条の9第1項第1号、第2号及び第5号から第7号までに掲げる事項であること。 (日本産業規格A4)	
変更内容	変更年月日		介護保険事業所番号																																																																																																																											
	変更があった事項(該当に○)		法人番号																																																																																																																											
	事業の種類及び内容		(変更前)																																																																																																																											
	経営者の氏名(法人であるときは、その名称)																																																																																																																													
	経営者の住所(法人であるときは、主たる事務所の所在地)																																																																																																																													
	主な職員の氏名																																																																																																																													
	事業を行おうとする区域																																																																																																																													
	事業所の名称		(変更後)																																																																																																																											
	事業所の種類																																																																																																																													
	事業所の所在地																																																																																																																													
事業所の入所定員、登録定員又は入居定員																																																																																																																														
その他																																																																																																																														
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		☒	☐																																																																																																																											
事業所	フリガナ																																																																																																																													
	名 称																																																																																																																													
	事業の種類	☐ 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																																																																																																																												
	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																																																																																																																													
	主な職員	フリガナ																																																																																																																												
	氏 名																																																																																																																													
入所／入居／登録定員		人 ※老人居宅介護等事業の場合は記入不要																																																																																																																												
添付書類	別添のとおり																																																																																																																													

改 正 案	現 行																													
様式第3号(第2条関係) 老人居宅生活支援事業 廃止・休止届出書 福岡県知事 殿 年 月 日 申請者 所在地 名称 代表者職名・氏名 次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。 <table><tr><td></td><td>介護保険事業所番号</td><td></td></tr><tr><td></td><td>法人番号</td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">廃止・休止する事業所</td><td>名称</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td>サービスの種類</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>廃止・休止の別</td><td colspan="2">☐ 廃止 ☐ 休止</td></tr><tr><td>廃止・休止する年月日</td><td colspan="2">年 月 日</td></tr><tr><td>廃止・休止する理由</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>現に便宜を受け又は入所している者に対する措置</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>休止予定期間</td><td colspan="2">休止日 ～ 年 月 日</td></tr></table> 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。		介護保険事業所番号			法人番号		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			現に便宜を受け又は入所している者に対する措置			休止予定期間	休止日 ～ 年 月 日		様式第3号 年 月 日 老人居宅生活支援事業廃止(休止)届 福岡県知事 殿 主たる事務所の所在地 法人等の名称 代表者氏名 年 月 日付けで事業の開始を届け出た老人居宅生活支援事業について、 下記のとおり廃止(休止)するので、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第14条の3の規定により届け出ます。 記 1 事業の用に供する施設、サービスの拠点又は住居の名称及び所在地(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又は複合型サービス福祉事業の場合) 2 廃止し、又は休止しようとする年月日 3 廃止又は休止の理由 4 現に便宜を受け、又は入所している者に対する措置 5 休止しようとする場合にあっては、休止の予定期間 (日本産業規格A4)
	介護保険事業所番号																													
	法人番号																													
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																														
現に便宜を受け又は入所している者に対する措置																														
休止予定期間	休止日 ～ 年 月 日																													

改 正 案				現 行																																																																																																																																																																										
様式第4号(第2条関係) 老人福祉施設 設置の届出書 福岡県知事 殿 届出者 所在地 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。				様式第4号 年 月 日 老人デイサービスセンター等設置届 福岡県知事 殿 主たる事務所の所在地 法人等の名称 代表者氏名 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)を下記のとおり設置するので、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第15条第2項の規定により、関係書類を添えて届け出ます。 記 1 施設の名称、種類及び所在地 2 建物の規模及び構造並びに設備の概要 3 職員の定数及び職務の内容 4 施設の長の氏名 5 事業を行おうとする区域(市町村の委託を受けて事業を行おうとする者にあつては、当該市町村の名称を含む。) 6 入所定員(老人短期入所施設の場合) 7 事業開始の予定年月日 8 添付書類 (1) 届出者の登記事項証明書(市町村以外の者の場合) (2) その他知事が指示するもの 注 建物の規模及び構造並びに設備の概要については、詳細に記入すること。また、位置図、配置図及び平面図を添付すること。なお、届出の対象となる建物及び土地の区割りを明瞭に記入すること。																																																																																																																																																																										
<table><tr><td rowspan="6">経営者・法人</td><td>フリガナ</td><td colspan="3">法人番号</td></tr><tr><td>氏名(名称)</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>住所(主たる事業所の所在地)</td><td>(郵便番号 -)</td><td>都 道 市 区 府 県 町 村</td><td></td></tr><tr><td>連絡先</td><td>電話番号 (内線)</td><td>FAX番号</td><td></td></tr><tr><td></td><td>Email</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>法人等の種類</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td colspan="2">法人の吸収合併又は吸収分割における届出時に</td><td>☒</td><td>☐</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td rowspan="7">届出を行う施設の種類及び内容</td><td>施設の種類</td><td>届出対象施設(該当事業に○)</td><td>事業開始の予定年月日</td><td>様 式</td><td></td></tr><tr><td>老人デイサービスセンター</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>老人短期入所施設</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>老人介護支援センター</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>養護老人ホーム</td><td></td><td></td><td></td><td>付表1</td></tr><tr><td>特別養護老人ホーム</td><td></td><td></td><td></td><td>付表2</td></tr><tr><td>有料老人ホーム</td><td></td><td></td><td></td><td>付表3</td></tr><tr><td rowspan="8">施設</td><td>介護保険事業所番号</td><td colspan="4">(既に介護保険法上の指定を受けている場合)</td></tr><tr><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>名 称</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>所在地</td><td>(郵便番号 -)</td><td>都 道 市 区 府 県 町 村</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>連絡先</td><td>電話番号 (内線)</td><td>FAX番号</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td></td><td>Email</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>事業を行おうとする区域</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>入所/入居定員</td><td>人</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>居室数</td><td>※有料老人ホームの専有のみ</td><td>室</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td rowspan="2">施設長/管理者</td><td>フリガナ</td><td colspan="4">(郵便番号 -)</td></tr><tr><td>氏 名</td><td></td><td>住 所</td><td colspan="2">※有料老人ホームの専有のみ</td></tr><tr><td colspan="6">○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</td></tr><tr><td colspan="2">職種</td><td colspan="2">職務内容</td><td colspan="2">定数</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2">人</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2">人</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2">人</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2">人</td></tr><tr><td colspan="2">添付書類</td><td colspan="4">別添のとおり</td></tr></table>				経営者・法人	フリガナ	法人番号			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	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1	特別養護老人ホーム				付表2	有料老人ホーム				付表3	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	※有料老人ホームの専有のみ	室				施設長/管理者	フリガナ	(郵便番号 -)				氏 名		住 所	※有料老人ホームの専有のみ		○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							
経営者・法人	フリガナ	法人番号																																																																																																																																																																												
	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	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1																																																																																																																																																																									
	特別養護老人ホーム				付表2																																																																																																																																																																									
	有料老人ホーム				付表3																																																																																																																																																																									
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	※有料老人ホームの専有のみ	室																																																																																																																																																																												
施設長/管理者	フリガナ	(郵便番号 -)																																																																																																																																																																												
	氏 名		住 所	※有料老人ホームの専有のみ																																																																																																																																																																										
○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																																																																																																																																																																												

改 正 案										現 行												
付表1 養護老人ホームの設置の届出に係る記載事項																				(新設)		
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			㎡																		
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																		

改 正 案										現 行									
付表2 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	㎡																	
静養室	直接外気に面して解放できる面積	㎡																	
	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	直接外気に面して解放できる面積	㎡																	
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																	

(新設)

改 正 案										現 行											
付表3 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	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																			

(新設)

改 正 案

様式第5号(第2条関係)

老人福祉施設 養護老人ホーム 設置認可の申請書

福岡県知事 殿

届出者 所在地

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。

	フリガナ	法人番号		
経 営 者 ・ 法 人	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 ☐			
	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	施設長 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 専従 兼務	医師 専従 兼務	生活相談員 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 専従 兼務	看護職員 専従 兼務	栄養士 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	㎡			
片側下の幅	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			

現 行

様式第5号

年 月 日

養護老人ホーム設置届

福岡県知事 殿

主たる事務所の所在地
法人等の名称
代表者氏名

養護老人ホームを下記のとおり設置するので、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第15条第3項の規定により、関係書類を添えて届け出ます。

記

- 施設の名称、種類及び所在地
- 建物の規模及び構造並びに設備の概要
- 施設の運営方針
- 入所定員
- 職員の定数及び職務の内容
- 施設の長その他主な職員の氏名及び経歴
- 事業開始の予定年月日
- 添付書類
 - 届出者の登記事項証明書(設置者が地方独立行政法人である場合)
 - その他知事が指示するもの

注 建物の規模及び構造並びに設備の概要については、詳細に記入すること。また、位置図、配置図及び平面図を添付すること。なお、届出の対象となる建物及び土地の区割りを明瞭に記入すること。

改 正 案

様式第6号(第2条関係)

老人福祉施設 特別養護老人ホーム 設置認可の申請書

福岡県知事 殿

年 月 日

届出者 所在地

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	
フリガナ 氏名(名称)	(郵便番号 -)		
住所(主たる事業所の所在地)	都 道 府 県	市 区 町 村	
連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号
法人等の種類	Email		
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			
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	(郵便番号 -)		
所在地	都 道 府 県	市 区 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 氏 名			
主な職員 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
	専従 業務	専従 業務	専従 業務
従事人数	常 勤(人)		
	非常勤(人)		
常勤換算後の人数(人)			
従業者の職種・員数	看護職員	栄養士	機能訓練指導員
	専従 業務	専従 業務	専従 業務
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(権定数を記入)		
○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	㎡	
	直接外気に通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	㎡	
	直接外気に通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	cm	
	中廊下の幅	cm	
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		

現 行

様式第6号

年 月 日

特別養護老人ホーム設置届

福岡県知事 殿

主たる事務所の所在地
法人等の名称
代表者氏名

特別養護老人ホームを下記のとおり設置するので、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第15条第3項の規定により、関係書類を添えて届け出ます。

記

- 施設の名称、種類及び所在地
- 建物の規模及び構造並びに設備の概要
- 運営規程(特別養護老人ホームの設置及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第46号。以下「基準」という。))第7条又は第34条に規定する施設の運営についての重要事項に関する規程)
※ いずれも、基準第59条又は第63条において準用する場合を含む。
- 入所者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
- 職員の勤務の体制及び勤務形態
- 基準第27条第1項に規定する協力病院の名称及び診療科名並びに当該協力病院との契約の内容(基準第27条第2項に規定する協力歯科医療機関があるときは、その名称及び当該協力歯科医療機関との契約の内容を含む。)
※ いずれも、基準第42条、第59条又は第63条において準用する場合を含む。

7 施設の長その他主な職員の氏名及び経歴

8 事業開始の予定年月日

9 添付書類

(1) 届出者の登記事項証明書(設置者が地方独立行政法人である場合)

(2) その他知事が指示するもの

注 建物の規模及び構造並びに設備の概要については、詳細に記入すること。また、位置図、配置図及び平面図を添付すること。なお、届出の対象となる建物及び土地の区割りを明瞭に記入すること。

(日本産業規格A4)

改 正 案			現 行																																																																																																																									
様式第7号(第2条関係) 老人福祉施設 変更届出書 福岡県知事 殿 申請者 所在地 名称 代表者職名・氏名 老人福祉法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。 変更内容 <table><tr><td>介護保険事業所番号</td><td></td></tr><tr><td>法人番号</td><td></td></tr><tr><td>変更年月日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>変更があった事項(該当に○)</td><td>変更の内容</td></tr><tr><td>施設の名称、種類</td><td>(変更前)</td></tr><tr><td>施設の所在地</td><td></td></tr><tr><td>設置者の氏名(法人であるときは、その名称)</td><td></td></tr><tr><td>設置者の住所(法人であるときは、主たる事務所の所在地)</td><td></td></tr><tr><td>建物の規模及び構造並びに設備の概要</td><td></td></tr><tr><td>施設の施設長/管理者の氏名</td><td></td></tr><tr><td>施設の施設長/管理者の住所</td><td></td></tr><tr><td>事業を行うとする区域</td><td></td></tr><tr><td>入所定員、入居定員</td><td></td></tr><tr><td>居室数</td><td></td></tr><tr><td>施設の運営の方針</td><td></td></tr><tr><td>登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)</td><td>(変更後)</td></tr><tr><td>施設において供与をされる介護等の内容</td><td></td></tr><tr><td>建築基準法第6条第1項の確認を受けたことを証する書類</td><td></td></tr><tr><td>設置届時の直近の事業年度の決算書</td><td></td></tr><tr><td>職員の配置の計画</td><td></td></tr><tr><td>一時金、利用料その他の入居者の費用負担の額</td><td></td></tr><tr><td>保全措置を講じたことを証する書類</td><td></td></tr><tr><td>一時金の返還に関する契約の内容</td><td></td></tr><tr><td>長期の収支計画</td><td></td></tr><tr><td>重要事項説明書</td><td></td></tr><tr><td>その他</td><td></td></tr></table> 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。 <table><tr><td rowspan="4">経営者・法人</td><td>フリガナ 氏名(名称)</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>住所(主たる事業所の所在地)</td><td>(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>連絡先</td><td>電話番号 (内線) FAX番号</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td></td><td>Email</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="5">法人等の種類</td></tr><tr><td colspan="2">法人の吸収合併又は吸収分割における届出時に</td><td colspan="3">☐</td></tr></table><table><tr><td rowspan="7">施設</td><td>フリガナ 名 称</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>施設の種類</td><td colspan="3">☐ 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</td></tr><tr><td>所在地</td><td>(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>連絡先</td><td>電話番号 (内線) FAX番号</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td></td><td>Email</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>事業を行うとする区域</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>入所/入居定員</td><td>人</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>居室数 (※有料老人ホームの専有のみ)</td><td>室</td><td colspan="2"></td></tr></table><table><tr><td rowspan="2">施設長/管理者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>氏 名</td><td>住所 (郵便番号 -) (国等別老人ホームの専有のみ)</td><td></td></tr></table><table><tr><td>添付書類</td><td>別添のとおり</td></tr></table>			介護保険事業所番号		法人番号		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6条第1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		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	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 -) 都 道 市 区 府 県 町 村			連絡先	電話番号 (内線) FAX番号				Email			事業を行うとする区域				入所/入居定員	人			居室数 (※有料老人ホームの専有のみ)	室			施設長/管理者	フリガナ			氏 名	住所 (郵便番号 -) (国等別老人ホームの専有のみ)		添付書類	別添のとおり	様式第7号 年 月 日 養護老人ホーム設置認可申請書 福岡県知事 殿 主たる事務所の所在地 法人等の名称 代表者氏名 養護老人ホームを下記のとおりに設置したいので、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第15条第4項の規定により、関係書類を添えて認可を申請します。 記 1 施設の名称、種類及び所在地 2 建物の規模及び構造並びに設備の概要 3 施設の運営方針 4 入所定員 5 職員の定数及び職務の内容 6 施設の長その他主な職員の氏名及び経歴 7 事業開始の予定年月日 8 添付書類 (1) 申請者の登記事項証明書 (2) その他知事が指示するもの 注 建物の規模及び構造並びに設備の概要については、詳細に記入すること。また、位置図、配置図及び平面図を添付すること。なお、認可の対象となる建物及び土地の区割りを明瞭に記入すること。 (日本産業規格A4)
介護保険事業所番号																																																																																																																												
法人番号																																																																																																																												
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6条第1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																																																																																																																												
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	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 -) 都 道 市 区 府 県 町 村																																																																																																																										
	連絡先	電話番号 (内線) FAX番号																																																																																																																										
		Email																																																																																																																										
	事業を行うとする区域																																																																																																																											
	入所/入居定員	人																																																																																																																										
居室数 (※有料老人ホームの専有のみ)	室																																																																																																																											
施設長/管理者	フリガナ																																																																																																																											
	氏 名	住所 (郵便番号 -) (国等別老人ホームの専有のみ)																																																																																																																										
添付書類	別添のとおり																																																																																																																											

改 正 案	現 行																																	
様式第8号(第2条関係) 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 福岡県知事 殿 年 月 日 申請者 所在地 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。 <table><tr><td></td><td>介護保険事業所番号</td><td></td></tr><tr><td></td><td>法人番号</td><td></td></tr><tr><td></td><td>名称</td><td></td></tr><tr><td>廃止・休止又は入所定員の減少・増加をする事業所</td><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td>サービスの種類</td><td></td><td></td></tr><tr><td>廃止・休止・入所定員の減少・増加の別</td><td>☐ 廃止 ☐ 入所定員の減少 ☐ 休止 ☐ 入所定員の増加</td><td></td></tr><tr><td>廃止・休止又は入所定員の減少・増加をする年月日</td><td>年 月 日</td><td></td></tr><tr><td>廃止・休止又は入所定員の減少・増加をする理由</td><td></td><td></td></tr><tr><td>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)</td><td></td><td></td></tr><tr><td>減少・増加後の入所定員</td><td></td><td></td></tr><tr><td>休止予定期間</td><td>休止日 ~ 年 月 日</td><td></td></tr></table> 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。		介護保険事業所番号			法人番号			名称		廃止・休止又は入所定員の減少・増加をする事業所	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		様式第8号 年 月 日 特別養護老人ホーム設置認可申請書 福岡県知事 殿 主たる事務所の所在地 法人等の名称 代表者氏名 特別養護老人ホームを下記のとおり設置したいので、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第15条第4項の規定により、関係書類を添えて認可を申請します。 記 1 施設の名称、種類及び所在地 2 建物の規模及び構造並びに設備の概要 3 運営規程(特別養護老人ホームの設置及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第46号。以下「基準」という。)第7条又は第34条に規定する施設の運営についての重要事項に関する規程) ※ いずれも、基準第59条又は第63条において準用する場合を含む。 4 入所者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 5 職員の勤務の体制及び勤務形態 6 基準第27条第1項に規定する協力病院の名称及び診療科名並びに当該協力病院との契約の内容(基準第27条第2項に規定する協力歯科医療機関があるときは、その名称及び当該協力歯科医療機関との契約の内容を含む。) ※ いずれも、基準第42条、第59条又は第63条において準用する場合を含む。 7 施設の長その他主な職員の氏名及び経歴 8 事業開始の予定年月日 9 添付書類 (1) 申請者の登記事項証明書 (2) その他知事が指示するもの 注 建物の規模及び構造並びに設備の概要については、詳細に記入すること。また、位置図、配置図及び平面図を添付すること。なお、認可の対象となる建物及び土地の区割りを明瞭に記入すること。 (日本産業規格A4)
	介護保険事業所番号																																	
	法人番号																																	
	名称																																	
廃止・休止又は入所定員の減少・増加をする事業所	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																																	

改正案	現行
(削る)	様式第9号
	年 月 日
	老人デイサービスセンター等変更届
	福岡県知事 殿
	主たる事務所の所在地 法人等の名称 代表者氏名
	年 月 日付けで設置を届け出た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)について、下記のとおり変更したので、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第15条の2第1項の規定により届け出ます。
	記
	1 施設の名称及び所在地
	2 変更事項及びその内容 変更事項 変更前 変更後
	(1)
(2)	
(3)	
3 変更年月日	
4 変更理由	
	注1 変更事項は、老人福祉法施行規則(昭和38年厚生省令第28号)第1条の14第1項第1号、第2号及び第4号から第6号までに掲げる事項であること。 2 変更事項に係る関係書類を添付すること。
	(日本産業規格A4)

改正案	現行
(削る)	様式第10号
	年 月 日
	養護老人ホーム(特別養護老人ホーム)変更届
	福岡県知事 殿
	主たる事務所の所在地 法人等の名称 代表者氏名
	年 月 日付けで設置を届け出た(年 月 日付けで設置の認可を受けた)養護老人ホーム(特別養護老人ホーム)について、下記のとおり変更するので、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第15条の2第2項の規定により届け出ます。
	記
	1 施設の名称及び所在地
	2 変更事項及びその内容
	変更事項 変更前 変更後
(1)	
(2)	
(3)	
3 変更年月日	
4 変更理由	
注1 変更事項は、老人福祉法施行規則(昭和38年厚生省令第28号)第4条各号に掲げる事項であること。	
2 変更事項に係る関係書類を添付すること。	
(日本産業規格A4)	

改 正 案	現 行
(削る)	様式第11号 年 月 日 老人デイサービスセンター等廃止(休止)届 福岡県知事 殿 主たる事務所の所在地 法人等の名称 代表者氏名 年 月 日付けで設置を届け出た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)について、下記のとおり廃止(休止)するので、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第16条第1項の規定により届け出ます。 記 1 施設の名称及び所在地 2 廃止し、又は休止しようとする年月日 3 廃止又は休止の理由 4 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 5 休止しようとする場合にあっては、休止の予定期間 (日本産業規格A4)

改 正 案	現 行
(削る)	様式第12号 年 月 日 養護老人ホーム(特別養護老人ホーム)廃止(休止)(入所定員減少)(入所定員増加)届 福岡県知事 殿 主たる事務所の所在地 法人等の名称 代表者氏名 年 月 日付で設置を届け出た養護老人ホーム(特別養護老人ホーム)につ いて、下記のとおり廃止(休止)(入所定員の減少)(入所定員の増加)をするので、老人福祉 法(昭和38年法律第133号)第16条第2項の規定により届け出ます。 記 1 施設の名称及び所在地 2 廃止、休止若しくは入所定員の減少又は入所定員の増加をしようとする年月日 3 廃止、休止若しくは入所定員の減少又は入所定員の増加をする理由 4 現に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しようとする場合) 5 休止の予定期間(休止しようとする場合) 6 減少後の入所定員(入所定員を減少しようとする場合) 7 増加後の入所定員(入所定員を増加しようとする場合) (日本産業規格A4)

改 正 案	現 行
(削る)	様式第13号 年 月 日 養護老人ホーム(特別養護老人ホーム)廃止(休止) (入所定員減少)(入所定員増加)認可申請書 福岡県知事 殿 主たる事務所の所在地 法人等の名称 代表者氏名 年 月 日付けで設置の認可を受けた養護老人ホーム(特別養護老人ホーム)について、下記のとおり廃止(休止)(入所定員の減少)(入所定員の増加)をしたいので、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第16条第3項の規定により認可を申請します。 記 1 施設の名称及び所在地 2 廃止、休止若しくは入所定員の減少又は入所定員の増加をしようとする年月日 3 廃止、休止若しくは入所定員の減少又は入所定員の増加をする理由 4 現に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しようとする場合) 5 休止の予定期間(休止しようとする場合) 6 減少後の入所定員(入所定員を減少しようとする場合) 7 増加後の入所定員(入所定員を増加しようとする場合) (日本産業規格A4)

改 正 案	現 行
(削る)	様式第14号 年 月 日 有料老人ホーム設置届 福岡県知事 殿 主たる事務所の所在地 法人等の名称 代表者氏名 有料老人ホームを下記のとおり設置するので、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第29条第1項の規定により、関係書類を添えて届け出ます。 記 1 施設の名称及び設置予定地 2 設置しようとする者の氏名及び住所又は名称及び所在地 3 設置しようとする者の登記事項証明書又は条例等 4 事業開始の予定年月日 5 施設の管理者の氏名及び住所 6 施設において供与をされる介護等の内容 7 建物の規模及び構造並びに設備の概要 8 建築基準法(昭和25年法律第201号)第6条第1項の確認を受けたことを証する書類 9 設置しようとする者の直近の事業年度の決算書 10 施設の運営の方針 11 入居定員及び居室数 12 職員の配置の計画 13 老人福祉法第29条第9項に規定する前払金、利用料その他の入居者の費用負担の額 14 老人福祉法第29条第9項に規定する保全措置を講じたことを証する書類 15 一時金の返還に関する老人福祉法第29条第10項に規定する契約の内容 16 事業開始に必要な資金の額及びその調達方法 17 長期の収支計画 18 入居契約書及び設置者が入居を希望する者に対し交付して、施設において供与される便宜の内容、費用負担の額その他の入居契約に関する重要な事項を説明することを目的として作成した文書 注1 施設の管理者については、履歴書を添付すること。 2 建物の規模及び構造並びに設備の概要については、位置図、配置図及び平面図を添付すること。 3 施設において供与される介護等の内容、施設の運営の方針、入居定員等について、運営管理規程を定めた場合は、当該運営管理規程を添付すること。 4 長期の収支計画については、施設を建築する場合は当該建築工事の見積書を、敷地又は建物を賃借する場合は当該契約書の写しを添付すること。また、敷地の全部事項証明書を添付すること。 (日本産業規格A4)

改 正 案	現 行
(削る)	様式第15号
	年 月 日
	有料老人ホーム変更届
	福岡県知事 殿
	主たる事務所の所在地 法人等の名称 代表者氏名
	年 月 日付けで設置を届け出た有料老人ホームについて、下記のとおり 変更したので、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第29条第2項の規定により届け出ます。
	記
	1 施設の名称及び所在地
	2 変更事項及びその内容
	変更事項 変更前 変更後
(1)	
(2)	
(3)	
3 変更年月日	
4 変更理由	
	注1 変更事項は、老人福祉法施行規則(昭和38年厚生省令第28号)第20条の5の2で定める 事項であること。
	2 変更事項に係る関係書類を添付すること。
	(日本産業規格A4)

改 正 案	現 行
(削る)	様式第16号 年 月 日 有料老人ホーム廃止(休止)届 福岡県知事 殿 主たる事務所の所在地 法人等の名称 代表者氏名 年 月 日付けで設置を届け出た有料老人ホームについて、下記のとおり 廃止(休止)するので、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第29条第3項の規定により届け出 ます。 記 1 施設の名称及び所在地 2 廃止又は休止をしようとする年月日 3 廃止又は休止の理由 4 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 5 休止の予定期間(休止しようとする場合) (日本産業規格A4)