

福岡県公報

令和八年七月三十一日
第七百十六号
増刊
①

目次

規則（第四十五号）

○福岡県老人福祉法施行細則の一部を改正する規則（介護保険課）……………一

規則

福岡県老人福祉法施行細則の一部を改正する規則を制定し、ここに公布する。

令和八年七月三十一日

福岡県知事 服部 誠太郎

福岡県規則第四十五号

福岡県老人福祉法施行細則の一部を改正する規則

福岡県老人福祉法施行細則（平成三十年福岡県規則第二十三号）の一部を次のように改正する。

第二条を次のように改める。

（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

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

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

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

様式第一号から様式第八号までを次のように改める。

様式第一号から様式第八号までを次のように改める。

様式第一号から様式第八号までを次のように改める。

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

年 月 日

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。

		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			
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			
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号	(内線)	
		Email	FAX番号	
	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			

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

年 月 日

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。

変更内容	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
	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			

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 都 道 府 県 市 区 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 府 県 市 区 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。

	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	

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。

様式第4号(第2条関係)

老人福祉施設 設置の届出書

年 月 日

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。

		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	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					
施設管理者／ 管理者	入所／入居定員	人				
	居室数	※有料老人ホームの場合のみ		室		
	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏 名			※有料老人ホームの場合のみ		
○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				

付表1 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	㎡					
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	㎡							
	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
		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									

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

年 月 日

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。

		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		☐				
	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						
施設	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							
従業員	従業員の職種・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)					
	従業員の職種・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)					
	従業員	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						

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						
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 Email	(内線) FAX番号					
	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							
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)						
施設長	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					
	事業開始の予定年月日							
	施設長 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						
施設	○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
	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	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						

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

年 月 日

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	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○)		
	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。)		
	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	(変更後)	
	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	-	)	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			
	事業を行おうとする区域				
施設管理者 /	入所/入居定員		人		
	居室数 ※有料老人ホームの場合のみ		室		
	フリガナ				
	氏 名		住所	(郵便番号	-
			※有料老人ホームの場合のみ	)	
添付書類		別添のとおり			

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

申請者所在地

名称

代表者職名・氏名

年 月 日

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。

様式第九号から様式第十六号までを削る。
附 則
この規則は、令和八年八月一日から施行する。