

高知県公報

発行
高知県
高知市丸ノ内
一丁目2番20号
発行日
毎週2回
(火曜日・金曜日)

目次

規 則	ページ
◎指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設の指定等に関する規則の一部を改正する規則	1

規 則

指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設の指定等に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成20年3月28日

高知県知事 尾崎 正直

高知県規則第31号

指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設の指定等に関する規則の一部を改正する規則

指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設の指定等に関する規則（平成12年高知県規則第81号）の一部を次のように改正する。

題名を次のように改める。

高知県指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業者の指定等に関する規則

第1条中「（以下）」を「及び指定介護予防サービス事業者（第10条第1項において）」に、「及び介護保険施設」を「並びに介護保険施設」に改める。

第2条の見出し中「指定」を「指定等」に改め、同条第1項中「及び第107条第1項」を「、第107条第1項又は第115条の2第1項」に改め、同条第2項中「及び第107条第1項」を「、第107条第1項若しくは第115条の2第1項」に、「又は許可」を「若しくは許可を受けた者又は法第70条の2第1項（法第115条の10において準用する場合を含む。）」、第79条の2第1項、第86条の2第1項、第94条の2第1項若しくは第107条の2第1項の規定による指定若しくは許可の更新」に改め、同項を同条第3項とし、同条第1項の次に次の1項を加える。

2 法第70条の2第1項（法第115条の10において準用する場合を含む。）、第79条の2第1項、第86条の2第1項、第94条の

2第1項又は第107条の2第1項の規定による指定又は許可の更新の申請は、別記第1号様式の2による指定（許可）更新申請書により行うものとする。

第3条の見出し中「指定居宅サービス事業者」を「指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者」に改め、同条中「第71条第1項ただし書及び第72条第1項ただし書」を「第71条第1項ただし書（法第115条の10において準用する場合を含む。）及び第72条第1項ただし書（法第115条の10において準用する場合を含む。）」に改める。

第4条中「及び第111条」を「、第111条及び第115条の5」に、「第131条第1項」を「第131条第1項各号」に、「及び第140条」を「、第140条及び第140条の19第1項各号」に改める。

第10条第2項中「第71条第1項本文及び第72条第1項本文」を「第71条第1項（法第115条の10において準用する場合を含む。）及び第72条第1項（法第115条の10において準用する場合を含む。）」に改める。

第11条第1項中「及び第115条の」を「、第115条及び第115条の9の」に、「及び第115条各号の」を「、第115条各号及び第115条の9各号に掲げる」に改め、同項第2号中「指定居宅介護支援事業所」を「指定居宅介護支援事業所若しくは指定介護予防サービス事業所」に改め、同項第4号中「指定の辞退又は指定の取消し」を「第2号に掲げる事項の変更、当該指定に係る事業の廃止、当該指定の辞退、当該指定の取消し又は当該指定の全部若しくは一部の効力の停止」に改め、同項第5号中「サービス」を「事業」に改め、同条第2項中「及び第104条第1項の許可の取消し」を「並びに法第104条第1項の規定に基づく許可の取消し及び許可の全部又は一部の効力の停止」に、「指定の辞退又は指定の取消し」を「第2号に掲げる事項の変更、当該指定に係る事業の廃止、当該指定の辞退、当該指定の取消し又は当該指定の全部若しくは一部の効力の停止」に、「又は許可の取消し」を「、当該許可の取消し又は当該許可の全部若しくは一部の効力の停止」に改める。

別記様式を次のように改める。

別記
第1号様式 (第2条関係)

受付番号

指定居宅サービス事業所
指定居宅介護支援事業所
介護保険施設
指定介護予防サービス事業所

指定 (許可) 申請書

年 月 日

高知県知事 様

申請者 住所 (所在地)

氏名 (名称及び代表者の職・氏名)

㊟

介護保険法第70条第1項 (第79条第1項・第86条第1項・第94条第1項・第107条第1項・第115条の2第1項) の規定による事業所 (施設) に係る指定 (許可) を受けるので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

事業所 (施設) 所在地市町村番号

申請者	フリガナ					
	氏名 (名称)					
住所 (主たる事務所の所在地)	(郵便番号	—	市郡	区		
	都道府県				(ビルの名称等)	
連絡先	電話番号		ファクシミリ番号			
法人の種類		法人所轄庁				
代表者の職・氏名及び生年月日	職名	フリガナ	生年月日	年 月 日		
代表者の住所	(郵便番号	—	市郡	区		
	都道府県				(ビルの名称等)	
指定 (許可) を受けようとする事業所 (施設) の所在地	(郵便番号	—	市郡		(ビルの名称等)	
	高知県					
同一所在地において行う事業等の種類等	実施事業等	指定 (許可) 申請をする事業等 (事業等開始 (開設) 予定年月日)	既に指定等を受けている事業等 (指定 (許可) 年月日)	様式		
	居宅サービス事業			別紙1		
	訪問介護			別紙2		
	訪問入浴介護			別紙3		
	訪問看護			別紙4		
	訪問リハビリテーション			別紙5		
	居宅療養管理指導			別紙6		
	通所介護			別紙7		
	通所リハビリテーション			別紙8		
	短期入所生活介護			別紙9		
	短期入所療養介護			別紙10		
	特定施設入居者生活介護			別紙11		
	福祉用具貸与			別紙12		
	特定福祉用具販売			別紙13		
	居宅介護支援事業			別紙14		
	介護保険施設			別紙15		
介護老人福祉施設			別紙16			
介護老人保健施設			別紙1			
介護療養型医療施設			別紙2			
介護予防			別紙3			
介護予防訪問介護						
介護予防訪問入浴介護						
介護予防訪問看護						

防 サ ー ビ ス 事 業	介護予防訪問リハビリテーション				別紙4
	介護予防居宅療養管理指導				別紙5
	介護予防通所介護				別紙6
	介護予防通所リハビリテーション				別紙7
	介護予防短期入所生活介護				別紙8
	介護予防短期入所療養介護				別紙9
	介護予防特定施設入居者生活介護				別紙10
	介護予防福祉用具貸与				別紙11
	特定介護予防福祉用具販売				別紙12
	介護保険事業番号				
医療機関コード等					

- 注 1 「受付番号」欄及び「事業所 (施設) 所在地市町村番号」欄は、記入しないでください。
 2 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、社団法人、財団法人、株式会社等の別を記入してください。
 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
 4 「実施事業等」欄は、今回指定 (許可) 申請をするもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する項目の欄に「○」を記入してください。
 5 「指定 (許可) 申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始 (開設) の予定年月日を記入してください。
 6 「既に指定等を受けている事業等」欄は、介護保険法による指定事業者又は介護保険施設として指定 (許可) された年月日 (介護保険法第71条第1項又は第72条第1項の規定により指定があったものとみなされたものは保険医療機関等の指定等を受けた年月日、介護保険法施行法第4条、第5条、第7条又は第8条第1項の規定により指定又は許可があったものとみなされたもの場合は「12年4月1日」) を記入してください。
 7 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合は、そのコードを「医療機関コード等」欄に記入してください。また、複数のコードを有する場合は、適宜様式を補正して、そのすべてを記入してください。

別紙 1-1

訪問介護
事業所の指定に係る記載事項
介護予防訪問介護

受付番号

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡 (ビルの場合)		
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号	
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為又は条例等の条文 第 条第 項第 号				
管理者	フリガナ	住所		(郵便番号 -)
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
	訪問介護員等との兼務の有無		有 ・ 無	
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合に記入してください。)		名称		
		兼務する職種及び勤務時間等		
サービス提供者	フリガナ	住所		(郵便番号 -)
	氏名			
フリガナ	フリガナ	住所		(郵便番号 -)
	氏名			
従業者の職種及び員数		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)				
基準上の必要人数 (人)				
適合の可否				
主な揭示事項	営業日			
	営業時間			
	利用料	法定代理受領分 (1 割負担分)		
		法定代理受領分以外		
		その他の費用		
通常の事業の実施地域				
添付書類		別添のとおり		

- 注 1 「受付番号」欄並びに「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 「管理者」の「訪問介護員等との兼務の有無」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 3 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 4 出張所等がある場合は、所在地、営業時間等を別紙 1-2 に記入してください。また、従業者については、この様式に出張所等に勤務する職員も含めて記入してください。
- 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 6 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。

別紙 1-2

訪問介護事業
を事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項
介護予防訪問介護事業

受付番号

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡 (ビルの場合)		
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号	
主な揭示事項	営業日			
	営業時間			
	利用料	法定代理受領分 (1 割負担分)		
		法定代理受領分以外		
		その他の費用		
	通常の事業の実施地域			
添付書類		別添のとおり		

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 2 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所（施設）の名称

番号	添付書類	指定（許可）申請をする事業等の種類					備考
		訪問介護	介護予防				
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等						
2	事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表						
3	事業所の管理者の経歴						
4	事業所のサービス提供責任者の経歴						
5	事業所の平面図（設備及び備品の概要を含みます。）						
6	運営規程						
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要						
8	事業に係る資産の状況						
9	介護保険法第70条第2項各号又は第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面						
10	役員の氏名等						

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 2 「添付書類」欄の各項目については、申請をする事業等に応じて適宜修正してください。
 3 「指定（許可）申請をする事業等の種類」欄は、申請をする事業等について、該当する項目の欄に「○」を記入し、複数の事業所等に共通する添付書類については、該当する項目の欄に「◎」を記入してください。

別紙2

訪問入浴介護 事業所の指定に係る記載事項
 介護予防訪問入浴介護

受付番号

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡 (ビル名称等)			
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号		
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条 第 項 第 号					
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
	氏名	生年月日	年 月 日		
当該訪問入浴介護（介護予防訪問入浴介護）事業所で兼務する他の職種（兼務の場合に記入してください。）					
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業員との兼務（兼務の場合に記入してください。）		名称	兼務する職種及び勤務時間等		
従業員の種類及び員数		看護職員		介護職員	
		専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）					
非常勤（人）					
基準上の必要人数（人）					
適合の可否					
主な 掲 示 事 項	営業日				
	営業時間				
	利用料	法定代理受領分（1割負担分）			
		法定代理受領分以外 その他の費用			
通常の事業の実施地域					
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	
添付書類	別添のとおり				

- 注 1 「受付番号」欄並びに「従業員の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 2 「主な掲示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
 3 「協力医療機関」とは、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（平成11年厚生省令第37号）第51条又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）第51条の協力医療機関をいいます。
 4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
 5 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所（施設）の名称

番号	添付書類	指定（許可）申請をする事業等の種類						備考
		訪問 入浴	介護 予防					
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表							
3	事業所の管理者の経歴							
4	事業所の平面図（設備及び備品の概要を含みます。）							
5	運営規程							
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要							
7	事業に係る資産の状況							
8	協力医療機関との契約の内容							
9	介護保険法第70条第2項各号又は第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面							
10	役員の氏名等							

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 2 「添付書類」欄の各項目については、申請をする事業等に応じて適宜修正してください。
 3 「指定（許可）申請をする事業等の種類」欄は、申請をする事業等について、該当する項目の欄に「○」を記入し、複数の事業所等に共通する添付書類については、該当する項目の欄に「◎」を記入してください。

別紙 3-1

訪問看護
介護予防訪問看護 事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)							
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号						
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 号									
病院、診療所又は訪問看護ステーションの別									
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏名								
	生年月日	年 月 日							
	※職種及び登録番号								
	※当該訪問看護（介護予防訪問看護）事業所内で兼務する他の職種（兼務の場合に記入してください。）								
	※同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合に記入してください。）								
従業者の職種及び員数		看護師		保健師		准看護師		理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	
		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）									
※基準上の必要人数（人）									
適合の可否									
主な 掲 示 事 項	営業日								
	営業時間								
	利用料	法定代理受領分（1割負担分）							
		法定代理受領分以外							
		その他の費用							
通常の事業の実施地域									
添付書類		別添のとおり							

- 注 1 「受付番号」欄並びに「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 2 ※印欄は、訪問看護ステーションの場合にのみ記入してください。
 3 「主な掲示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
 4 出張所等がある場合は、所在地、営業時間等を別紙 3-2 に記入してください。また、従業者については、この様式に出張所等に勤務する職員も含めて記入してください。
 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
 6 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。
 7 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院又は診療所が行うものについては、介護保険法第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、申請の必要はありません。

別紙3-2

訪問看護事業
介護予防訪問看護事業

を事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡		
		(ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号		ファクシミリ番号
主な 掲 示 事 項	営業日			
	営業時間			
	利用料	法定代理受領分(1割負担分)		
		法定代理受領分以外		
		その他の費用		
		通常の事業の実施地域		
	添付書類	別添のとおり		

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 2 「主な掲示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。

別添

指定(許可)申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所(施設)の名称

番号	添付書類	指定(許可)申請をする事業等の種類					備考
		訪問看護	介護予防				
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等						
2	病院又は診療所の使用許可証等の写し						
3	事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表						
4	事業所の管理者の免許証の写し						
5	事業所の平面図(設備及び備品の概要を含みます。)						
6	運営規程						
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要						
8	事業に係る資産の状況						
9	介護保険法第70条第2項各号又は第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面						
10	役員の氏名等						

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 2 「添付書類」欄の各項目については、申請をする事業等に応じて適宜修正してください。
 3 「指定(許可)申請をする事業等の種類」欄は、申請をする事業等について、該当する項目の欄に「○」を記入し、複数の事業所等に共通する添付書類については、該当する項目の欄に「◎」を記入してください。

別紙 4

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 事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡		
		(ビルの名称等)		
連絡先	電話番号		ファクシミリ番号	
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 号				
病院、診療所又は介護老人保健施設の別				
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
従業者の職種及び員数		理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
常勤 (人)				
非常勤 (人)				
主な 揭示 事項	営業日			
	営業時間			
	利用料	法定代理受領分 (1 割負担分)		
		法定代理受領分以外		
	その他の費用			
	通常の事業の実施地域			
添付書類	別添のとおり			

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 2 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
 4 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。
 5 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院又は診療所が行うものについては、介護保険法第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、申請の必要はありません。

別添

指定 (許可) 申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所 (施設) の名称

番号	添付書類	指定 (許可) 申請をする事業等の種類					備考
		訪問 リハ	介護 予防				
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等						
2	病院若しくは診療所の使用許可証等又は介護老人保健施設の開設許可証の写し						
3	事業所の平面図 (設備及び備品の概要を含みませす。)						
4	運営規程						
5	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要						
6	介護保険法第70条第2項各号又は第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面						
7	役員の氏名等						

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 2 「添付書類」欄の各項目については、申請をする事業等に応じて適宜修正してください。
 3 「指定 (許可) 申請をする事業等の種類」欄は、申請をする事業等について、該当する項目の欄に「○」を記入し、複数の事業所等に共通する添付書類については、該当する項目の欄に「◎」を記入してください。

別紙 5

居宅療養管理指導 事業所の指定に係る記載事項
介護予防居宅療養管理指導

受付番号

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号			
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条 第 項 第 号						
病院、診療所又は薬局の別						
提供する居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）の種類						
管理者	フリガナ	住所		(郵便番号 -)		
	氏名					
	生年月日	年 月 日				
従業員	職種及び員数	医師	歯科医師	薬剤師	歯科衛生士	管理栄養士
	常勤 (人)					
	非常勤 (人)					
主な 揭示 事項	営業日					
	営業時間					
	利用料	法定代理受領分 (1割負担分)				
	その他の費用	法定代理受領分以外				
通常の事業の実施地域						
添付書類		別添のとおり				

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 2 「従業員の職種及び員数」の「歯科衛生士」欄は、保健師、看護師及び准看護師を含めて記入してください。
 3 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
 4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
 5 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。
 6 保険医療機関若しくは特定承認保険医療機関である病院若しくは診療所又は保険薬局が行うものについては、介護保険法第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、申請の必要はありません。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所（施設）の名称

番号	添付書類	指定（許可）申請をする事業等の種類					備考
		居宅療養	介護予防				
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等						
2	病院若しくは診療所の使用許可証等又は薬局の開設許可証の写し						
3	事業所の平面図（設備及び備品の概要を含みます。）						
4	運営規程						
5	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要						
6	介護保険法第70条第2項各号又は第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面						
7	役員の氏名等						

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 2 「添付書類」欄の各項目については、申請をする事業等に応じて適宜修正してください。
 3 「指定（許可）申請をする事業等の種類」欄は、申請をする事業等について、該当する項目の欄に「○」を記入し、複数の事業等へ共通する添付書類については、該当する項目の欄に「◎」を記入してください。

別紙 6-1

通所介護（療養通所介護）事業所の指定に係る記載事項
介護予防通所介護

受付番号

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号				
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 号							
管理者	フリガナ	住所		(郵便番号 -)			
	氏名						
	生年月日	年 月 日					
	当該通所介護（介護予防通所介護）事業所内で兼務する他の職種（兼務の場合に記入してください。）						
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合に記入してください。）	名称						
	兼務する職種及び勤務時間等						
従業者の職種及び員数	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)						
	基準上の必要人数 (人)						
適合の可否							
食堂及び機能訓練室の合計面積				基準上の必要数値		適合の可否	
				㎡		㎡以上	
主な揭示事項	営業日	単位ごとの営業日					
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く。） (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)					
	利用定員	人 (単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人)					
	利用料	法定代理受領分 (1割負担分)					
	利用料	法定代理受領分以外					
	その他の費用	通常の事業の実施地域					
添付書類	別添のとおり						

注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄並びに「食堂及び機能訓練室の合計面積」の「基準上の必要数値」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
2 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
3 出張所等がある場合は、所在地、営業時間等を別紙 6-2 に記入してください。また、従業者については、この様式に出張所等に勤務する職員も含めて記入してください。
4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
5 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。

別紙 6-2

通所介護（療養通所介護）事業を事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項
介護予防通所介護事業

受付番号

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号				
食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積				基準上の必要数値		適合の可否	
				㎡		㎡以上	
主な揭示事項	営業日	単位ごとの営業日					
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く。） (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)					
	利用定員	人 (単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人)					
	添付書類	事業所の平面図					

注 1 「受付番号」欄並びに「食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積」の「基準上の必要数値」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
3 1 単位のサービスにおいて、事業所を複数有するときは、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所（施設）の名称

番号	添付書類	指定（許可）申請をする事業等の種類						備考
		通所 介護	介護 予防					
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表							
3	事業所の管理者の経歴							
4	事業所の平面図（設備及び備品の概要を含みます。）							
5	運営規程							
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要							
7	事業に係る資産の状況							
8	サービス提供実施単位一覧表							
9	介護保険法第70条第2項各号又は第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面							
10	役員の氏名等							

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 2 「添付書類」欄の各項目については、申請をする事業等に応じて適宜修正してください。
 3 「指定（許可）申請をする事業等の種類」欄は、申請をする事業等について、該当する項目の欄に「○」を記入し、複数の事業所等に共通する添付書類については、該当する項目の欄に「◎」を記入してください。

別紙 7

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 事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡 (ビル名称等)					
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号				
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文							第 条 第 項 第 号
管理者	フリガナ	住所		(郵便番号 -)			
	氏名	生年月日		年 月 日			
	管理者代行者が選任されている場合（いずれか一つに「○」を記入してください。）	医師	作業療法士	管理者代行者名	フリガナ	氏名	
		理学療法士	専従の看護師				
事業所の種別（いずれか一つに「○」を記入してください。）	病院	基準第111条第1項診療所	基準第111条第2項診療所				
	介護老人保健施設	予防基準第117条第1項診療所	予防基準第117条第2項診療所				
医師数	常勤	人		1日当たりの総利用者推定数		人	
	非常勤	人					
単位ごとの従業者の職種及び員数				員数（人）	基準上の必要人数（人）	適合の可否	
		常勤	非常勤				
理学療法士及び作業療法士	① 当該単位につき毎日従事する者						
	② 週1日以上従事する①以外の者						
看護職員	③ 経験看護師等						
	④ ③以外の看護職員						
⑤ 介護職員							
専用の部屋等の面積				基準上の必要数値	適合の可否		
		㎡		㎡以上			
主な 掲 示 事 項	営業日	単位ごとの営業日					
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く。） (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)					
	利用定員	人（単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人）					
	利用料	法定代理受領分（1割負担分）					
	その他の費用	法定代理受領分以外					
通常の実施地域	通常の実施地域						
添付書類	別添のとおり						

- 注 1 「受付番号」欄、「単位ごとの従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄並びに「専用の部屋等の面積」の「基準上の必要数値」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 2 「事業所の種別」欄の「基準第111条第1項診療所」及び「基準第111条第2項診療所」とは、それぞれ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（平成11年厚生省令第37号）第111条第1

項及び第 2 項の指定通所リハビリテーション事業所である診療所を、「予防基準第 117 条第 1 項診療所」及び「予防基準第 117 条第 2 項診療所」とは、それぞれ指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 35 号）第 117 条第 1 項及び第 2 項の指定介護予防通所リハビリテーション事業所である診療所をいいます。

- 3 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 5 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。
- 6 介護老人保健施設が行うものについては、介護保険法第 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、申請の必要はありません。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所（施設）の名称

番号	添付書類	指定（許可）申請をする事業等の種類						備考
		通所 リハ	介護 予防					
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	病院若しくは診療所の使用許可証等又は介護老人保健施設の開設許可証の写し							
3	事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表							
4	経験看護師等の経歴							
5	事業所の平面図（設備及び備品の概要を含みます。）							
6	運営規程							
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要							
8	サービス提供実施単位一覧表							
9	介護保険法第 70 条第 2 項各号又は第 115 条の 2 第 2 項各号に該当しないことを誓約する書面							
10	役員の氏名等							

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 2 「添付書類」欄の各項目については、申請をする事業等に応じて適宜修正してください。
 3 「指定（許可）申請をする事業等の種類」欄は、申請をする事業等について、該当する項目の欄に「○」を記入し、複数の事業等に通ずる添付書類については、該当する項目の欄に「◎」を記入してください。

短期入所生活介護
介護予防短期入所生活介護 事業所の指定に係る記載事項（単独型）

受付番号

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡							
		(ビルの名称等)							
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号						
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 号									
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)						
	氏名								
	生年月日	年 月 日							
	当該事業所内で兼務する他の職種（兼務の場合に記入してください。）								
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合に記入してください。）	名称							
		兼務する職種及び勤務時間等							
利用者の推定数		人							
従業者の職種及び員数		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）									
基準上の必要人数（人）									
適合の可否									
		栄養士		機能訓練指導員		栄養士を配置していない場合の措置			
		専従	兼務	専従	兼務				
常勤（人）									
非常勤（人）									
基準上の必要人数（人）									
適合の可否									
設備基準上の数値記入項目等				基準上の必要数値		適合の可否			
居室	1室当たりの最大定員			人		人以下			
	利用者1人当たりの最小床面積			㎡		㎡以上			
	食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡		㎡以上			
廊下	片廊下の幅			m		m以上			
	中廊下の幅			m		m以上			
耐火建築物又は準耐火建築物の別									
主な揭示事項	利用定員	人							
	利用料	法定代理受領分（1割負担分）							
		法定代理受領分以外							
		その他の費用							
	通常の送迎の実施地域								

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	
添付書類	別添のとおり			

- 注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄並びに「設備基準上の数値記入項目等」の「基準上の必要数値」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 3 「協力医療機関」とは、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（平成11年厚生省令第37号）第136条（同令第140条の13及び第140条の25において準用する場合を含む。）又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）第137条の協力医療機関をいいます。
- 4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 5 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。

別紙 8-2

短期入所生活介護 事業所の指定に係る記載事項 (空床利用型・併設事業所型)
 介護予防短期入所生活介護

受付番号

事業所	フリガナ																																																																																																																							
名称																																																																																																																								
所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡		(ビルの名称等)																																																																																																																					
連絡先	電話番号	ファクシミリ番号																																																																																																																						
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 号																																																																																																																								
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)																																																																																																																				
	氏名																																																																																																																							
	生年月日	年 月 日																																																																																																																						
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合に記入してください。)	名称																																																																																																																						
		兼務する職種及び勤務時間等																																																																																																																						
空床利用型又は併設事業所型の別	空床利用型	併設事業所型	本体施設の種別及び名称																																																																																																																					
入所者数	人 (定員数を記入してください。)		短期入所利用者数	人 (推定数を記入してください。)																																																																																																																				
従業者の職種及び員数	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">医師</th> <th colspan="2">生活相談員</th> <th colspan="2">看護職員</th> <th colspan="2">介護職員</th> </tr> <tr> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>短期入所生活介護及び本体施設従事人数</td> <td>常勤 (人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>非常勤 (人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>常勤換算後の人数 (人)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>基準上の必要人数 (人)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>適合の可否</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">栄養士</td> <td colspan="2">機能訓練指導員</td> <td colspan="4">栄養士を配置していない場合の措置</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">専従 ※兼務</td> <td colspan="2">専従 ※兼務</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>短期入所生活介護及び本体施設従事人数</td> <td>常勤 (人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>非常勤 (人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>基準上の必要人数 (人)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>適合の可否</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> </tbody> </table>					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)									基準上の必要人数 (人)									適合の可否										栄養士		機能訓練指導員		栄養士を配置していない場合の措置					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)								基準上の必要人数 (人)									適合の可否								
	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)																																																																																																																								
基準上の必要人数 (人)																																																																																																																								
適合の可否																																																																																																																								
	栄養士		機能訓練指導員		栄養士を配置していない場合の措置																																																																																																																			
	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)																																																																																																																							
基準上の必要人数 (人)																																																																																																																								
適合の可否																																																																																																																								
設備基準上の数値記入項目			基準上の必要数値	適合の可否																																																																																																																				
居室	1 室当たりの最大定員	人		人以下																																																																																																																				
	利用者 1 人当たりの最小床面積	㎡		㎡以上																																																																																																																				
	食堂及び機能訓練室の合計面積	㎡		㎡以上																																																																																																																				
	廊下	片廊下の幅	m	m以上																																																																																																																				
		中廊下の幅	m	m以上																																																																																																																				
主な揭示事項	入所定員	人	短期入所利用定員	人																																																																																																																				
	利用料	法定代理受領分 (1 割負担)																																																																																																																						
		法定代理受領分以外																																																																																																																						
		その他の費用																																																																																																																						
	通常の送迎の実施地域																																																																																																																							
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	
添付書類	別添のとおり			

- 注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄並びに「設備基準上の数値記入項目」の「基準上の必要数値」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 「空床利用型又は併設事業所型の別」欄は、該当するもののいずれか一方又は両方を○で囲んでください。
- 3 「従業者の職種及び員数」の「※兼務」欄は、本体施設以外との兼務を行う職員について記入してください。
- 4 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 5 「協力医療機関」とは、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 (平成11年厚生省令第37号) 第136条 (同令第140条の13及び第140条の25において準用する場合を含む。) 又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 (平成18年厚生労働省令第35号) 第137条の協力医療機関をいいます。
- 6 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 7 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。
- 8 介護老人福祉施設の指定に係る申請と同時に申請する場合は、この様式への記入を省略して構いません。
- 9 この様式は、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本体施設である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使用してください。

別紙8-3

短期入所生活介護 事業所の指定に係る記載事項(本体施設特別養護老人ホーム以外併設事業所型)
 介護予防短期入所生活介護

受付番号

事業所	フリガナ		
	名称		
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)	
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 号			
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合に記入してください。)	名称	兼務する職種及び勤務時間等
本体施設の種別及び名称			
入所(入院)者数	人(推定数を記入してください。)		短期入所利用者数
人(推定数を記入してください。)			
従業者の職種及び員数			
	医師		生活相談員
	専従	兼務	専従 兼務
	専従	兼務	専従 兼務
	専従	兼務	専従 兼務
	専従	兼務	専従 兼務
本体施設及び併設事業所等従事人数	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)			
基準上の必要人数(人)			
適合の可否			
	栄養士		機能訓練指導員
	専従	兼務	専従 兼務
	専従	兼務	専従 兼務
	専従	兼務	専従 兼務
	専従	兼務	専従 兼務
本体施設及び併設事業所等従事人数	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)		
基準上の必要人数(人)			
適合の可否			
設備基準上の数値記入項目等			
	基準上の必要数値		適合の可否
居室	1室当たりの最大定員	人	人以下
	利用者1人当たりの最小床面積	m ²	m ² 以上
食堂及び機能訓練室の合計面積		m ²	m ² 以上
廊下	片廊下の幅	m	m以上
	中廊下の幅	m	m以上
建物の構造概要及び面積			

主な揭示事項	入所(入院)定員	人	短期入所利用定員	人
	利用料	法定代理受領分(1割負担分)		
		法定代理受領分以外		
		その他の費用		
通常の送迎の実施地域				
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	
添付書類	別添のとおり			

- 注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄並びに「設備基準上の数値記入項目等」の「基準上の必要数値」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 3 「協力医療機関」とは、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(平成11年厚生省令第37号)第136条(同令第140条の13及び第140条の25において準用する場合を含む。)又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第35号)第137条の協力医療機関をいいます。
- 4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 5 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。
- 6 この様式は、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において事業を行う場合に係る申請に使用してください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所（施設）の名称

番号	添付書類	指定（許可）申請をする事業等の種類					備考
		短期生活	介護予防				
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等						
2	特別養護老人ホームの認可の通知等の写し						
3	事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表						
4	事業所の管理者の経歴						
5	事業所の平面図（本体施設を有するときは、当該施設の平面図を含みます。）						
6	事業所の居室面積等一覧表						
7	事業所の設備等に係る一覧表						
8	運営規程						
9	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要						
10	事業に係る資産の状況						
11	協力医療機関との契約の内容						
12	介護保険法第70条第2項各号又は第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面						
13	役員の氏名等						

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 2 「添付書類」欄の各項目については、申請をする事業等に応じて適宜修正してください。
 3 「指定（許可）申請をする事業等の種類」欄は、申請をする事業等について、該当する項目の欄に「○」を記入し、複数の事業所等に共通する添付書類については、該当する項目の欄に「◎」を記入してください。

別紙 9

短期入所療養介護 事業所の指定に係る記載事項
介護予防短期入所療養介護

受付番号

事業所	フリガナ											
名称												
所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)											
連絡先	電話番号					ファクシミリ番号						
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条 第 項 第 号												
事業所種別	① 介護老人保健施設 ② 指定介護療養型医療施設 ③ 療養病床を有する病院又は診療所 ④ 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院 ⑤ 基準適合診療所（介護保険法施行規則附則第2条該当）											
申請に係る病棟部分の入院患者又は入所者の定員											人	
申請に係る病棟部分の入院患者の推定数（上記④又は⑤に該当する場合に記入してください。）											人	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)							
	氏名											
	生年月日	年	月	日								
申請に係る病棟部分の従業者の職種及び員数（上記④又は⑤に該当する場合に記入してください。）												
		担当医師	看護職員		介護職員		理学療法士及び作業療法士		精神保健福祉士等		1看護単位当たりの病床数	
			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）												
基準上の必要人数（人）												
適合の可否												
申請に係る病棟（病室）部分の設備基準上の数値記入項目（上記④又は⑤に該当する場合に記入してください。）											基準上の必要数値	適合の可否
④	病室	1病室の最大病床数		床		床以下						
		入院患者1人当たりの最小床面積		㎡		㎡以上						
		老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床面積		㎡		㎡以上						
	廊下	片廊下の幅		m		m以上						
		中廊下の幅		m		m以上						
		生活機能回復訓練室の面積		㎡		㎡以上						
⑤	デイルーム及び面会室の合計面積		㎡		㎡以上							
	入院患者1人当たりの床面積		㎡		㎡以上							
主な掲示事項	法定代理受領分（1割負担分）											
	法定代理受領分以外											
	その他の費用											
	通常の送迎の実施地域											
添付書類		別添のとおり										

- 注 1 「受付番号」欄、「申請に係る病棟部分の従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄並びに「申請に係る病棟（病室）部分の設備基準上の数値記入項目」の「基準上の必要数値」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 「事業所種別」欄は、該当する項目の欄に「○」を記入してください。
- 3 「申請に係る病棟部分の入院患者又は入所者の定員」欄は、申請に係る施設のうち、短期入所療養介護に供する部分の定員について記入してください。
- 4 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 6 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。
- 7 介護老人保健施設又は介護療養型医療施設が行うものについては、介護保険法第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、申請の必要はありません。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号	
------	--

主たる事業所（施設）の名称	
---------------	--

番号	添付書類	指定（許可）申請をする事業等の種類						備考
		短期療養	介護予防					
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	病院若しくは診療所の使用許可証等又は介護老人保健施設の開設許可証の写し							
3	事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表							
4	精神保健福祉士に準ずる者の経歴							
5	事業所の平面図（設備及び備品の概要を含みます。）							
6	事業所の部屋別施設一覧表							
7	事業所の設備等に係る一覧表							
8	運営規程							
9	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要							
10	介護保険法第70条第2項各号又は第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面							
11	役員の氏名等							

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 2 「添付書類」欄の各項目については、申請をする事業等に応じて適宜修正してください。
- 3 「指定（許可）申請をする事業等の種類」欄は、申請をする事業等について、該当する項目の欄に「○」を記入し、複数の事業所等に共通する添付書類については、該当する項目の欄に「◎」を記入してください。

別紙10

特定施設入居者生活介護 事業所の指定に係る記載事項
 介護予防特定施設入居者生活介護

受付番号

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡						
		(ビルの名称等)						
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号					
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文		第 条第 項第 号						
施設区分	有料老人ホーム	施設開設年月日	年	月	日			
	軽費老人ホーム	施設開設年月日	年	月	日			
	高齢者専用賃貸住宅	施設開設年月日	年	月	日			
	養護老人ホーム	施設開設年月日	年	月	日			
入居者の要件	介護専用型							
	介護専用型以外							
サービスの提供形態	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	年	月	日				
	当該事業所内で兼務する他の職種 (兼務の場合に記入してください。)							
同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務 (兼務の場合に記入し てください。)	名称							
	兼務する職種及 び勤務時間等							
利用者数	人 (前年の平均値 (新規の場合は、推定数) を記入してください。)							
	要介護者	人		要支援者		人		
従業者の職種及び員数	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)								
基準上の必要人数 (人)								
適合の可否								
主な 掲 示 事 項	入居定員	人						
	居室数	室						
	利用料	法定代理受領分 (1 割負担分)						
	その他の費用	法定代理受領分以外						
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						
建物の構造概要	耐火建築物又は準耐火建築物の別							
	介護居室の 1 室当たりの最大定員	基準上の必要数値	適合の可否					

	人	人以下
添付書類	別添のとおり	

- 注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄並びに「建物の構造概要」の「介護居室の 1 室の最大定員」の「基準上の必要数値」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 「施設区分」欄、「入居者の要件」欄及び「サービスの提供形態」欄は、該当する項目の欄に「○」を記入してください。
- 3 「主な掲示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 4 「協力医療機関」とは、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 (平成11年厚生省令第37号) 第191条第 1 項又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 (平成18年厚生労働省令第35号) 第242条第 1 項の協力医療機関をいいます。
- 5 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191条第 2 項又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第242条第 2 項の協力歯科医療機関がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記入してください。
- 6 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 7 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所（施設）の名称

番号	添付書類	指定（許可）申請をする事業等の種類						備考
		特定施設	介護予防					
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表							
3	事業所の管理者の経歴							
4	事業所の平面図（設備及び備品の概要を含みます。）							
5	事業所の部屋別施設一覧表							
6	事業所の設備等に係る一覧表							
7	運営規程							
8	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要							
9	事業に係る資産の状況							
10	協力医療機関又は協力歯科医療機関との契約の内容							
11	受託居宅サービス事業者又は受託介護予防サービス事業者が事業を行う事業所の名称等及び当該事業者の名称等							
12	介護保険法第70条第2項各号又は第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面							
13	役員の氏名等							
14	介護支援専門員の氏名及び登録番号							

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 2 「添付書類」欄の各項目については、申請をする事業等に応じて適宜修正してください。
 3 「指定（許可）申請をする事業等の種類」欄は、申請をする事業等について、該当する項目の欄に「○」を記入し、複数の事業所等に共通する添付書類については、該当する項目の欄に「◎」を記入してください。

別紙11

福祉用具貸与
介護予防福祉用具貸与 事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡 (ビル)の名称等		
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号	
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 号				
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)	
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
	当該事業所内で兼務する他の職種（兼務の場合に記入してください。）			
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合に記入してください。）		名称		
		兼務する職種及び勤務時間等		
従業者の職種及び員数		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）				
基準上の必要人数（人）				
適合の可否				
主な揭示事項	営業日			
	営業時間			
	取り扱う種目			
	利用料	法定代理受領分（1割負担分）		
		法定代理受領分以外		
	その他の費用			
	通常の事業の実施地域			
添付書類	別添のとおり			

- 注 1 「受付番号」欄並びに「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 2 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別紙に記載した書類を添えてください。
 4 専門相談員のうち、都道府県知事が同等以上の講習を受けたと認める者に当たる者がいる場合は、当該者については、講習会のカリキュラム及び修了を証する書類の写しを添えてください。
 5 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所（施設）の名称

番号	添付書類	指定（許可）申請をする事業等の種類						備考
		福祉用具	介護予防					
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表							
3	事業所の管理者の経歴							
4	事業所の平面図（設備及び備品の概要を含みます。）							
5	運営規程							
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要							
7	事業に係る資産の状況							
8	福祉用具の保管及び消毒の方法							
9	介護保険法第70条第2項各号又は第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面							
10	役員の氏名等							

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 2 「添付書類」欄の各項目については、申請をする事業等に応じて適宜修正してください。
 3 「指定（許可）申請をする事業等の種類」欄は、申請をする事業等について、該当する項目の欄に「○」を記入し、複数の事業所等に共通する添付書類については、該当する項目の欄に「◎」を記入してください。

別紙12

特定福祉用具販売 事業所の指定に係る記載事項
 特定介護予防福祉用具販売

受付番号

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡 (ビル名称等)		
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号	
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 号				
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)	
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
	当該事業所内で兼務する他の職種（兼務の場合に記入してください。）			
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業員との兼務（兼務の場合に記入してください。）		名称	兼務する職種及び勤務時間等	
従業員の職種及び員数		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）				
基準上の必要人数（人）				
適合の可否				
主な揭示事項	営業日			
	営業時間			
	取り扱う種目			
	販売費用の額			
	その他の費用			
添付書類	通常の実施地域			
添付書類	別添のとおり			

- 注 1 「受付番号」欄並びに「従業員の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 2 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
 4 専門相談員のうち、都道府県知事が同等以上の講習を受けたと認める者に当たる者がいる場合は、当該者については、講習会のカリキュラム及び修了を証する書類の写しを添えてください。
 5 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所（施設）の名称

番号	添付書類	指定（許可）申請をする事業等の種類						備考
		用具 販売	介護 予防					
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表							
3	事業所の管理者の経歴							
4	事業所の平面図（設備及び備品の概要を含みます。）							
5	運営規程							
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要							
7	事業に係る資産の状況							
8	介護保険法第70条第2項各号又は第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面							
9	役員の氏名等							

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 2 「添付書類」欄の各項目については、申請をする事業等に応じて適宜修正してください。
 3 「指定（許可）申請をする事業等の種類」欄は、申請をする事業等について、該当する項目の欄に「○」を記入し、複数の事業所等に共通する添付書類については、該当する項目の欄に「◎」を記入してください。

別紙13

居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡 (ビル名称等)		
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号	
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 号				
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)	
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
	当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無			有 ・ 無
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合に記入してください。）		名称	兼務する職種及び勤務時間等	
当該事業の開始時の利用者の推定数		人		
従業者の職種及び員数		介護支援専門員		
		専従	兼務	
常勤（人）				
非常勤（人）				
主な 揭示 事項	営業日			
	営業時間			
	利用料（法定代理受領分以外）			
	その他の費用			
通常の事業の実施地域				
添付書類	別添のとおり			

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 2 「当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
 3 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
 4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
 5 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所（施設）の名称

番号	添付書類	指定（許可）申請をする事業等の種類					備考
		住宅 支援					
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等						
2	事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表						
3	事業所の管理者の経歴						
4	事業所の平面図						
5	運営規程						
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要						
7	事業に係る資産の状況						
8	関係市町村並びに他の保健医療サービス及び福祉サービスの提供主体との連携の内容						
9	介護保険法第79条第2項各号に該当しないことを誓約する書面						
10	役員の氏名等						
11	介護支援専門員の氏名及び登録番号						

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 2 「添付書類」欄の各項目については、申請をする事業等に応じて適宜修正してください。
 3 「指定（許可）申請をする事業等の種類」欄は、申請する事業等について、該当する項目の欄に「○」を記入し、複数の事業所等に共通する添付書類については、該当する項目の欄に「◎」を記入してください。

別紙14

介護老人福祉施設の指定に係る記載事項

受付番号

施設	フリガナ										
	名称										
所在地	(郵便番号 -)										
	高知県 市 郡										
		(ビルの名称等)									
連絡先	電話番号					ファクシミリ番号					
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条 第 項 第 号											
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)						
	氏名										
	生年月日	年	月	日							
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合に記入してください。)		名称									
		兼務する職種									
短期入所生活介護の実施の有無		有・無	事業の実施形態		空床型・併設型						
入所者数	人(推定数を記入してください。)		短期入所利用者数	人(推定数を記入してください。)							
従業者の職種及び員数		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		
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)		/		/							
基準上の必要人数(人)		/		/							
適合の可否											
		栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員等		栄養士を配置していない場合の措置			
		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)		/		/							
基準上の必要人数(人)		/		/							
適合の可否											
設備基準上の数値記入項目		介護老人福祉施設				短期入所生活介護					
		基準上の必要数値		適合の可否		基準上の必要数値		適合の可否			
居室	1室当たりの最大定員	人	人以下		人	人以下					
	利用者1人当たりの最小床面積	m ²	m ² 以上		m ²	m ² 以上					
食堂及び機能訓練室	の合計面積	m ²	m ² 以上		m ²	m ² 以上					
廊下	片廊下の幅	m	m以上		m	m以上					
	中廊下の幅	m	m以上		m	m以上					
主な揭示事項	入所(利用)定員	人				人					
	利用料	法定代理受領分(1割負担分)									
		法定代理受領分以外									
	その他の費用										
協力病院	名称					主な診療科名					

	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
添付書類	別添のとおり			

- 注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄並びに「設備基準上の数値記入項目」の「基準上の必要数値」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 「短期入所生活介護の実施の有無」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 3 「事業の実施形態」欄は、該当するものいずれか一方又は両方を○で囲んでください。
- 4 「従業者の職種及び員数」の「※兼務」欄は、短期入所生活介護以外の兼務を行う職員について記入してください。
- 5 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「設備基準上の数値記入項目」欄及び「主な揭示事項」欄の各項目については、記入する必要はありません。
- 6 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 7 「協力病院」とは、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）第28条第1項（同令第49条及び第61条において準用する場合を含む。）の協力医療機関をいいます。
- 8 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第28条第2項（同令第49条及び第61条において準用する場合を含む。）の協力歯科医療機関がある場合は、「協力病院」欄に併せて記入してください。
- 9 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 10 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。
- 11 この様式は、介護保険法の施行後に新たに設置された介護老人福祉施設の指定に係る申請に使用してください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号	
------	--

主たる事業所（施設）の名称	
---------------	--

番号	添付書類	指定（許可）申請をする事業等の種類						備考
		福祉施設						
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	特別養護老人ホームの認可証等の写し							
3	事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表							
4	施設の管理者の経歴							
5	施設の平面図							
6	施設の部屋別面積等一覧表							
7	施設の設備等に係る一覧表							
8	併設する施設の概要							
9	施設を共用する場合の利用計画							
10	運営規程							
11	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要							
12	事業に係る資産の状況							
13	協力病院又は協力歯科医療機関との契約の内容							
14	介護保険法第86条第2項各号に該当しないことを誓約する書面							
15	役員の氏名等							
16	介護支援専門員の氏名及び登録番号							

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 2 「添付書類」欄の各項目については、申請をする事業等に応じて適宜修正してください。
- 3 「指定（許可）申請をする事業等の種類」欄は、申請する事業等について、該当する項目の欄に「○」を記入し、複数の事業所等に共通する添付書類については、該当する項目の欄に「◎」を記入してください。

別紙15

介護老人保健施設の許可に係る記載事項 (その1)

受付番号

施設	フリガナ										
	名称										
所在地	(郵便番号 -)										
	高知県 市 郡										
(ビルの名称等)											
連絡先	電話番号	ファクシミリ番号									
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条 第 項 第 号											
管理者	フリガナ	住所		(郵便番号 -)							
	氏名										
	生年月日	年	月	日							
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合に記入してください。)		名称									
		兼務する職種									
通所リハビリテーションの実施の有無		有 ・ 無	短期入所療養介護の実施の有無		有 ・ 無						
入所者の予定数		人		1日当たりの通所総利用者の予定数		人					
従業者の職種及び員数		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	専従	兼務
介護老人福祉施設及び通所リハビリテーション従事人数	常勤 (人)										
	非常勤 (人)										
常勤換算後の人数 (人)											
基準上の必要人数 (人)											
適合の可否											
		理学療法士及び作業療法士		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	専従	兼務
介護老人福祉施設及び通所リハビリテーション従事人数	常勤 (人)										
	非常勤 (人)										
常勤換算後の人数 (人)											
基準上の必要人数 (人)											
適合の可否											

介護老人保健施設の許可に係る記載事項 (その2)

施設を共用する事務所等の名称 (共用する場合に記入してください。)		フリガナ			
		名称			
設備基準上の数値記入項目			基準上の必要数値	適合の可否	
療養室	1室当たりの最大定員		人	人以下	
	入所者1人当たりの最小床面積		m ²	m ² 以上	
	廊下	片廊下の幅	m	m以上	
		中廊下の幅	m	m以上	
	機能訓練室の面積		m ²	m ² 以上	
食堂の面積		m ²	m ² 以上		
主な掲示事項			人		
入所定員					
利用料			法定代理受領分 (1割負担分)		
			法定代理受領分以外		
			その他の費用		
通所リハビリテーションの状況					
従業者の職種及び員数		理学療法士	作業療法士	看護職員	介護職員
常勤 (人)					
非常勤 (人)					
常勤換算後の人数 (人)					
基準上の必要人数 (人)					
適合の可否					
専門の部屋等の面積		m ²		基準上の必要数値	適合の可否
				m ² 以上	
営業日		単位ごとの営業日			
営業時間		単位ごとの実施時間 (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)			
利用定員		人 (単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人)			
利用料		法定代理受領分 (1割負担分)			
		法定代理受領分以外			
		その他の費用			
通常の事業の実施地域					
協力病院	名称			主な診療科名	
	名称			主な診療科名	
	名称			主な診療科名	
添付書類		別添のとおり			

- 注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄、「設備基準上の数値記入項目」の「基準上の必要数値」欄及び「適合の可否」欄並びに「通所リハビリテーションの状況」の「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄並びに「専門の部屋等の面積」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 「通所リハビリテーションの実施の有無」欄及び「短期入所療養介護の実施の有無」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 3 「主な掲示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 4 通所リハビリテーションを実施していない場合は、「通所リハビリテーションの状況」欄の各項目については、記入する必要はありません。
- 5 「通所リハビリテーションの状況」の「従業者の職種及び員数」欄の員数については、総数を記入してください。
- 6 「協力病院」とは、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年厚生省令第40号)第30条第1項の協力病院をいいます。
- 7 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第30条第2項の協力歯科医療機関があ

る場合は、「協力病院」欄に併せて記入してください。
 8 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
 9 この様式に係る介護保健施設サービス以外のサービスを実施する場合は、当該介護保健施設サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号	
------	--

主たる事業所（施設）の名称	
---------------	--

番号	添付書類	指定（許可）申請をする事業等の種類					備考
		老健施設					
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等						
2	事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表						
3	施設の平面図（備品概要を含む場合は、「※」を記入してください。）						
4	施設の部屋別面積等一覧表						
5	施設の設備等に係る一覧表						
6	併設する施設の概要						
7	敷地の面積及び平面図並びに敷地周辺の見取図（公図を含みます。）						
8	施設を共用する場合の利用計画						
9	運営規程						
10	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要						
11	事業に係る資産の状況						
12	協力病院又は協力歯科医療機関との契約の内容						
13	介護保険法第94条第3項各号に該当しないことを誓約する書面						
14	役員の氏名等						
15	介護支援専門員の氏名及び登録番号						

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 2 「添付書類」欄の各項目については、申請をする事業等に応じて適宜修正してください。
 3 「指定（許可）申請をする事業等の種類」欄は、申請をする事業等について、該当する項目の欄に「○」を記入し、複数の事業所等に共通する添付書類については、該当する項目の欄に「◎」を記入してください。

別紙16-1

介護療養型医療施設の指定に係る記載事項（病院による場合）（その1）

		受付番号				
施設	フリガナ					
	名称	-----				
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号			
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文			第 条 第 項 第 号			
病院の開設年月日 年 月 日						
管理者	フリガナ	住所		(郵便番号 -)		
	氏名	-----				
	生年月日	年 月 日				
	当該事業所内で兼務する他の職種（兼務の場合に記入してください。）					
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合に記入してください。）		名称	-----			
		兼務する職種	-----			
施設類型（該当する項目の欄に「○」を記入してください。）		当該病棟の病床数	左のうち申請する病床数	当該病棟の平均入院患者数	(該当する方に「○」を記入してください。)	
				完全型	転換型	
① 療養病床を有する病棟		床	床	人		
② 老人性認知症疾患療養病棟を有する病棟		床	床	人		
当該病棟（全体として）の従業者の職種及び員数 ①	看護職員	介護職員		理学療法士及び作業療法士		介護支援専門員等
	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)					
	基準上の必要人数 (人)					
適合の可否						
当該病棟（全体として）の従業者の職種及び員数 ②	看護職員	介護職員		作業療法士等		精神保健福祉士等
	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)					
	基準上の必要人数 (人)					
適合の可否						

介護療養型医療施設の指定に係る記載事項（病院による場合）（その2）

当該病棟（全体として）の設備基準上の数値記入項目		基準上の必要数値	適合の可否
① 病室	1病室の最大病床数	床	床以下
	入院患者1人当たりの最小床面積	m ²	m ² 以上
	機能訓練室の面積	m ²	m ² 以上
	廊下 片廊下の幅	m	m以上
	中廊下の幅	m	m以上
	食堂の面積	m ²	m ² 以上
② 病室	1病室の最大病床数	床	床以下
	入院患者1人当たりの最小床面積	m ²	m ² 以上
	当該病棟の用に供される部分の床面積	m ²	m ² 以上
	廊下 片廊下の幅	m	m以上
	中廊下の幅	m	m以上
	生活機能回復訓練室の面積	m ²	m ² 以上
	デイルーム及び面会室の合計面積	m ²	m ² 以上
食堂の面積（デイルームを使用する場合は、その面積）	m ²	m ² 以上	
主な揭示事項		①	②
入院患者の定員		人	人
利用料	法定代理受領分（1割負担分）		
	法定代理受領分以外		
	その他の費用		
添付書類	別添のとおり		

- 注 1 「受付番号」欄、「当該病棟（全体として）の従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄並びに「当該病棟（全体として）の設備基準上の数値記入項目」の「基準上の必要数値」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 「当該病棟（全体として）の従業者の職種及び員数」欄、「当該病棟（全体として）の設備基準上の数値記入項目」欄及び「主な揭示事項」欄の各項目については、申請に係る施設類型ごとに記入してください。また、同一の施設類型で複数の病棟について申請する場合は、「施設類型」の「当該病棟の病床数」欄、「左のうち申請する病床数」欄及び「当該病棟の平均入院患者数」欄並びに「当該病棟（全体として）の従業者の職種及び員数」欄、「当該病棟（全体として）の設備基準上の数値記入項目」欄及び「主な揭示事項」欄の各項目については、病棟ごとに記入してください。
- 3 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は、その員数を「当該病棟（全体として）の従業者の職種及び員数」の「介護支援専門員等」欄に記入してください。
- 4 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 6 この様式に係る介護療養型医療施設サービス以外のサービスを実施する場合は、当該介護療養型医療施設サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。

別紙16-2

介護療養型医療施設の指定に係る記載事項（診療所による場合）

受付番号

施設	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			ファクシミリ番号	
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 号						
診療所の開設年月日 年 月 日						
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏名					
	生年月日	年 月 日				
	当該事業所内で兼務する他の職種（兼務の場合に記入してください。）					
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合に記入してください。）		名称				
		兼務する職種				
全病床数	療養病床の病床数	左のうち申請する病床数	当該療養病床の平均入院患者数	(該当する方に「○」を記入してください。)		
				完全型	転換型	
床 床		床 人				
入院患者に対する看護及び介護に従事している従業者の職種及び員数		看護職員		介護職員		
		専従	兼務	専従	兼務	
常勤（人）						
非常勤（人）						
常勤換算後の人数（人）						
基準上の必要人数（人）						
適合の可否						
当該療養病床部分の設備基準上の数値記入項目			基準上の必要数値	適合の可否		
病室	1病室の最大病床数	床		床以下		
	入院患者1人当たりの最小床面積	㎡		㎡以上		
廊下	片廊下の幅	m		m以上		
	中廊下の幅	m		m以上		
食堂の面積	㎡		㎡以上			
主な揭示事項	入院患者の定数	人				
	利用料	法定代理受領分（1割負担分）				
		法定代理受領分以外				
		その他の費用				
添付書類		別添のとおり				

注 1 「受付番号」欄、「入院患者に対する看護及び介護に従事している従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄並びに「当該療養病床部分の設備基準上の数値記入項目」の「基準上の必要数値」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 2 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

は、その員数を「入院患者に対する看護・介護に従事している従業者の職種及び員数」の「介護支援専門員等」欄に記入してください。
 3 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
 4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
 5 この様式に係る介護療養型医療施設サービス以外のサービスを実施する場合は、当該介護療養型医療施設サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。

別添

指定（許可）申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所（施設）の名称

番号	添付書類	指定（許可）申請をする事業等の種類						備考
		療養 医療						
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等							
2	病院又は診療所の使用許可証等の写し							
3	事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表							
4	精神保健福祉士に準ずる者の経歴							
5	施設の平面図（備品概要を含む場合は、「※」を記入してください。）							
6	施設の部屋別面積等一覧表							
7	施設の設備等に係る一覧表							
8	併設する施設の概要							
9	運営規程							
10	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要							
11	事業に係る資産の状況							
12	介護保険法第107条第3項各号に該当しないことを誓約する書面							
13	役員の氏名等							
14	介護支援専門員の氏名及び登録番号							

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 2 「添付書類」欄の各項目については、申請をする事業等に応じて適宜修正してください。
 3 「指定（許可）申請をする事業等の種類」欄は、申請をする事業等について、該当する項目の欄に「○」を記入し、複数の事業所等に共通する添付書類については、該当する項目の欄に「◎」を記入してください。

第 1 号様式の 2（第 2 条関係）

受付番号

指定居宅サービス事業所
 指定居宅介護支援事業所
 介護保険施設
 指定介護予防サービス事業所

指定（許可）更新申請書

年 月 日

高知県知事 様

申請者 住所（所在地）

氏名（名称及び代表者の職・氏名）
 ◎

介護保険法第70条の2第1項（第79条の2第1項・第86条の2第1項・第94条の2第1項・第107条の2第1項・第115条の10において準用する同法第70条の2第1項）の規定による事業所（施設）に係る指定（許可）の更新を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

		事業所（施設）所在地市町村番号			
申請者	フリガナ				
	氏名（名称）				
	住所（主たる事務所の所在地）	（郵便番号 - ） 都道 市郡 府県 区 （ビルの名称等）			
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号		
	法人の種類	法人所轄庁			
	代表者の職・氏名及び生年月日	職名	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日
	代表者の住所	（郵便番号 - ） 都道 市郡 府県 区 （ビルの名称等）			
事業所（施設）	フリガナ				
	名称				
	所在地	（郵便番号 - ） 高知県 市 郡 （ビルの名称等）			
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号		
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事業所を有する場合				
	フリガナ				
	名称				
所在地	（郵便番号 - ） 高知県 市 郡 （ビルの名称等）				
連絡先	電話番号	ファクシミリ番号			
管理者	フリガナ	住所		（郵便番号 - ）	
	氏名				
	生年月日	年 月 日			
経歴	別添のとおり				
事業等の種類		現に受けている指定（許可）の有効期間満了日 年 月 日			
介護保険法第70条の2第4項において準用する同法第70条第2項各号等に該当しないことを誓約する書面		別添のとおり			
役員の氏名等		別添のとおり			
介護支援専門員の氏名及び登録番号		別添のとおり			

- 注 1 「受付番号」欄及び「事業所（施設）所在地市町村番号」欄は、記入しないでください。
 2 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、社団法人、財団法人、株式会社等の別を記入してください。
 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
 4 別添資料については、指定（許可）申請の際に準じて添えてください。

第 2 号様式（第 3 条関係）

指定を不要とする旨の申出書

年 月 日

高知県知事 様

事業者（開設者） 住所（所在地）

氏名（名称及び代表者の職・氏名）

㊦

介護保険法（第115条の10において準用する同法）第71条第1項ただし書（第72条第1項ただし書）の規定により、次のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。

事業所又は施設	名称
	施設種別 1 病院（医科） 2 病院（歯科） 3 診療所（医科） 4 診療所（歯科） 5 薬局 6 介護老人保健施設 7 介護療養型医療施設
	所在地 （郵便番号 ー ）
管理者	氏名
	住所 （郵便番号 ー ）
申出に係る居宅サービスの種類	1 訪問看護 2 介護予防訪問看護 3 訪問リハビリテーション 4 介護予防訪問リハビリテーション 5 居宅療養管理指導 6 介護予防居宅療養管理指導 7 通所リハビリテーション 8 介護予防通所リハビリテーション 9 短期入所療養介護 10 介護予防短期入所療養介護

注 「事業所又は施設」の「施設種別」欄及び「申出に係る居宅サービスの種類」欄は、該当する項目の番号を○で囲んでください。

第5号様式 (第5条関係)

指定辞退届出書

年 月 日

高知県知事 様

開設者 住所 (所在地)

氏名 (名称及び代表者の職・氏名)

㊦

介護保険法第91条(第113条)の規定に基づき指定を辞退したいので、次のとおり届け出ます。

介護保険事業者番号																	
指定を辞退する施設	名称																
	所在地(郵便番号 -)																
指定を受けた年月日	年 月 日																
指定を辞退する年月日	年 月 日																
指定を辞退する理由																	
現に施設に入所している者に対する措置																	

注 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

第6号様式 (第6条関係)

介護老人保健施設開設許可事項変更申請書

年 月 日

高知県知事 様

開設者 住所 (所在地)

氏名 (名称及び代表者の職・氏名)

㊦

介護保険法第94条第2項の規定により介護老人保健施設の開設許可事項の変更の許可を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

介護保険事業者番号																	
申請に係る施設	名称																
	所在地(郵便番号 -)																
開設許可年月日	年 月 日																
変更予定年月日	年 月 日																
変更する事項	変更の内容																
1 敷地の面積及び平面図	(変更前)																
2 建物の構造概要及び平面図並びに施設及び構造設備の概要	(変更後)																
3 施設の共用の有無及び共用の場合の利用計画																	
4 運営規程(従業員の職種、員数及び職務内容並びに入所定員の増加に関する部分に限ります。)																	
5 協力病院(名称及び診療科目名並びに契約の内容)																	

注 1 「変更する事項」欄は、該当する項目の番号を○で囲んでください。
2 変更の内容が分かる書類を添えてください。

第 7 号様式 (第 7 条関係)

介護老人保健施設管理者承認申請書

年 月 日

高知県知事 様

開設者 住所 (所在地)

氏名 (名称及び代表者の職・氏名)

㊞

介護保険法第95条の規定により介護老人保健施設の管理者の承認を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

介護保険事業者番号											
申請に係る施設	名称										
	所在地 (郵便番号 -)										
管理者になろうとする者	氏名										
	住所 (郵便番号 -)										
	資格										
申請理由	1 新規開設のため										
	2 管理者の変更のため										

注 1 「申請理由」欄は、該当する項目の番号を○で囲んでください。
2 管理者になろうとする者の経歴等を記載した書類を添えてください。

第 8 号様式 (第 8 条関係)

介護老人保健施設広告事項許可申請書

年 月 日

高知県知事 様

開設者 住所 (所在地)

氏名 (名称及び代表者の職・氏名)

㊞

介護保険法第98条第1項第4号の規定により介護老人保健施設の広告事項の許可を受けたいので、次のとおり申請します。

介護保険事業者番号											
許可を受けようとする広告事項											
広告の内容											
広告の方法											

第9号様式 (第9条関係)

指定介護療養型医療施設指定変更申請書

年 月 日

高知県知事 様

開設者 住所 (所在地)

氏名 (名称及び代表者の職・氏名)

㊞

生年月日 (代表者の生年月日)

介護保険法第108条第1項の規定に基づき指定介護療養型医療施設の指定の変更を受けた
いので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

介護保険事業者番号	
申請に係る施設	名称	
	所在地 (郵便番号 -)	
申請に係る施設の指定介護療養型医療施設の種類	1 療養病床を有する病院 2 療養病床を有する診療所 3 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院	
入院患者の推定数 (申請に係る事業を行おうとする部分に係るものに限りません。)		
入院患者の定数 (申請に係る病棟又は病室に係るものに限りません。)	(変更前)	(変更後)

- 注 1 「申請に係る施設の指定介護療養型医療施設の種類」欄は、該当する項目の番号を○で囲んでください。
- 2 次の書類 (申請に係る病棟又は病室に係るものに限りません。) を添えてください。
- (1) 施設の使用許可証の写し
 - (2) 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要
 - (3) 申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態

附 則

この規則は、平成20年4月1日から施行する。