第1号様式

指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所
指定居宅介護支援事業所

指定申請書

年　　月　　日

市(町・村)長　　殿　　(名称)
申請者
(代表者の職名・氏名)　　印

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ						
	名　称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号　　ー　　) 県　　郡市					
	連絡先	電話番号		FAX番号			
		Email					
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏　名		生年月日	
	代表者の住所	(郵便番号　　ー　　) 県　　郡市					

			指定申請対象事業(該当事業に○)	既に指定を受けている事業(該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定年月日	様　式
指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行う事業等の種類					
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護				付表1
		認知症対応型通所介護				付表2
		小規模多機能型居宅介護				付表3
		認知症対応型共同生活介護				付表4
		地域密着型特定施設入居者生活介護				付表5
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				付表6
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護				付表7
		複合型サービス				付表8
		地域密着型通所介護				付表9
	居宅介護支援事業					付表10
	地域密着型介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護				付表2
		介護予防小規模多機能型居宅介護				付表3
		介護予防認知症対応型共同生活介護				付表4

介護保険事業所番号		(既に指定又は許可を受けている場合)
医療機関コード等		(保険医療機関として指定を受けている場合)

＊　裏面に記載に関しての備考があります。

備考　1 「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
2 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には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。
3 既に地域密着型サービス事業所または地域密着型介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業者が、他方の地域密着型サービス事業所または地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始予定年月日」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。

付表1　夜間対応型訪問介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	生年月日				
	当該夜間対応型訪問介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				

○人員に関する基準の確認に必要な事項	
オペレーションセンターの有無	□有　　□無
オペレーションセンターのか所数	か所

従業者の職種・員数	訪問介護員等				オペレーター		面接相談員	
	定期巡回サービス		随時訪問サービス					
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）								
非常勤（人）								

添付書類	別添のとおり

（夜間対応型訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
		Email			

備考 1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
2　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
3　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

（別添）

付表１　夜間対応型訪問介護事業所の指定に係る記載事項　添付書類

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式１
3	平面図	参考様式３
4	設備・備品等一覧表	参考様式４
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	参考様式５
7	誓約書	参考様式６

付表２－１　認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（単独型・併設型）

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
		Email			
事業の実施形態		□ 単独型　　□ 併設型			

管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）
	氏　名			
	生年月日			
	当該認知症対応型通所介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）			
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入）	名称		事業所番号
		兼務する職種及び勤務時間等		

○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種・員数		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員
	常　勤（人）				
	非常勤（人）				

○設備に関する基準の確認に必要な事項		
食堂及び機能訓練室の合計面積	㎡	
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	別添のとおり	

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

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
		Email			
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡			
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）			

備考　1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
　　2　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
　　3　機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
　　4　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

（別添）

付表２－１　認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項添付書類

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	**参考様式１**
3	管理者の経歴	**参考様式２**
4	平面図	**参考様式３**
5	設備・備品等一覧表	**参考様式４**
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	**参考様式５**
8	誓約書	**参考様式６**

付表２－２　認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（共用型）

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
		Email			
本体事業種別		□ 認知症対応型共同生活介護事業所　□ 地域密着型特定施設　□ 地域密着型介護老人福祉施設			
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	生年月日				
	当該認知症対応型通所介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入）	名称		事業所番号	
		兼務する職種及び勤務時間等			
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
本体の事業所等の入居者を含めた利用者数		人			
従業者の職種・員数		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員
	常　勤（人）				
	非常勤（人）				
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡			
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		別添のとおり			

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

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
		Email			
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡			
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）			

備考　1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
　　2　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
　　3　機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
　　4　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

（別添）

付表２－２　認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項
添付書類

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式１
3	管理者の経歴	参考様式２
4	平面図	参考様式３
5	設備・備品等一覧表	参考様式４
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	参考様式５
8	誓約書	参考様式６

付表3　小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
		Email			
併設施設等	□ 認知症対応型共同生活介護事業所　□ 地域密着型特定施設　□ 地域密着型介護老人福祉施設 □ 介護療養型医療施設　□ 介護医療院				
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏 名				
	生年月日				
	当該小規模多機能型居宅介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	併設する施設等の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入）	名称		事業所番号	
		兼務する職種及び勤務時間等			
協力医療機関	名称		主な診療科名		
	名称		主な診療科名		

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	介護従業者		うち看護職員		介護支援専門員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）						
非常勤（人）						
常勤換算後の人数（人）						

通いサービスの利用者数（推定数を記入）	人		

○設備に関する基準の確認に必要な情報

居間及び食堂の合計面積	㎡		
個室以外の宿泊室の合計面積	㎡	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	㎡
登録定員	人		
通いサービスの利用定員	人	宿泊サービスの利用定員	人
建物の構造	□ 耐火建築物　□ 準耐火建築物　□ その他		
添付書類	別添のとおり		

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

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
		Email			

○設備に関する基準の確認に必要な情報

居間及び食堂の合計面積	㎡		
個室以外の宿泊室の合計面積	㎡	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	㎡
登録定員	人		
通いサービスの利用定員	人	宿泊サービスの利用定員	人
建物の構造	□ 耐火建築物　□ 準耐火建築物　□ その他		

備考　1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
2　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
3　「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
4　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

（別添）

付表3　小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記載事項　添付書類

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1
3	管理者の経歴	参考様式2
4	平面図	参考様式3
5	設備・備品等一覧表	参考様式4
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	参考様式5
8	協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容	
9	介護老人福祉施設・介護老人保健施・病院等との連絡体制及び支援の体制の概要	
10	誓約書	参考様式6
11	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式7

付表4　認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
		Email			
管理者	フリガナ		住所		
	氏名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入）	名称		事業所番号	
		兼務する職種及び勤務時間等			
協力医療機関	名称		主な診療科名		
	名称		主な診療科名		

○人員に関する基準の確認に必要な事項

共同生活住居数	戸	①		②			
従業者の職種・員数		介護従業者		介護従業者		計画作成担当者	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）							
非常勤（人）							
常勤換算後の人数（人）							
利用者数（推定数を記入）	人	人		人			
利用定員		人		人			

○設備に関する基準の確認に必要な事項

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

備考 1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
2　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
3「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。

（別添）

付表４　認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定に係る記載事項
添付書類

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1
3	管理者の経歴	参考様式2
4	平面図	参考様式3
5	設備・備品等一覧表	参考様式4
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	参考様式5
8	協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容	
9	介護老人福祉施設・介護老人保健施・病院等との連絡体制及び支援の体制の概要	
10	誓約書	参考様式6
11	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式7

付表5　地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
		Email			

施設の区分（該当に〇）	有料老人ホーム		施設開設年月日	
	軽費老人ホーム		施設開設年月日	
	サービス付き高齢者向け住宅		施設開設年月日	

管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）
	氏　名			
	生年月日			
	当該特定施設で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）			
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）	名称	事業所番号	
		兼務する職種及び勤務時間等		

医療機関	協力	名称	主な診療科名	
		名称	主な診療科名	
		名称	主な診療科名	

〇人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）										
非常勤（人）										
常勤換算後の人数（人）										

利用者数（推定数を記入）	人	（前年の平均値、新規の場合は推定数を記入）
	要介護者　　人	

〇設備に関する基準の確認に必要な事項

入居定員	人	
建物の構造	☐ 耐火建築物　☐ 準耐火建築物　☐ その他	
添付書類	別添のとおり	

備考　1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
　　2　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

（別添）

付表５　地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の指定に係る記載事項　添付書類

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式１
3	平面図	参考様式３
4	設備・備品等一覧表	参考様式４
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	参考様式５
7	協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容	
8	誓約書	参考様式６
9	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式７

付表6　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定に係る記載事項

施設	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　都市			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
		Email			

管理者	ﾌﾘｶﾞﾅ		住所	（郵便番号　　－　　）
	氏 名			
	生年月日			
	同一敷地内の他の事業所、施設又は本体施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入）	名称		事業所番号
		兼務する職種及び勤務時間等		
本体施設の有無		□有　□無	併設事業所の有無	□有　□無
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

療養機関	協力医	名称	主な診療科名	
		名称	主な診療科名	

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数		医　師		生活相談員		介護職員		看護職員	
		専 従	＊兼務	専 従	＊兼務	専 従	＊兼務	専 従	＊兼務
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常　勤（人）								
	非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）									

		栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置しない場合の措置
		専 従	＊兼務	専 従	＊兼務	専 従	＊兼務	
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常　勤（人）							
	非常勤（人）							
常勤換算後の人数（人）								

入所者数（推定数を記入）	人	短期入所利用者数（併設型の場合）	人（推定数を記入）

○設備に関する基準の確認に必要な事項

		地域密着型介護老人福祉施設	短期入所生活介護	
居室	1室の最大定員	人	人	
	入所者1人あたりの最小床面積	㎡	㎡	
食堂と機能訓練室の合計面積		㎡	㎡	
廊下	片廊下の幅	m	m	
	中廊下の幅	m	m	
入居定員	人			
添付書類	別添のとおり			

備考 1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
2　「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態（空床型・併設型の別）」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方にチェックをしてください。
3　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
4　従業員の職種・員数の「＊兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記載してください。
5　介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。
6　短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の「設備に関する基準の確認に必要な事項」欄については、記載不要です。

（別添）

付表６　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定に係る記載事項　添付書類

	添付書類	参考様式
1	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	
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式１
4	平面図	参考様式３
5	設備・備品等一覧表	参考様式４
6	本体施設の概要、本体施設との間の移動経路、方法及び移動時間	
7	併設する施設の概要	
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	参考様式５
10	協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容	
11	誓約書	参考様式６
12	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式７

付表 7　定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏名				
	生年月日				
	他事業所の従業者との兼務の有無	□有　□無	事業所の名称		
			兼務する職種及び勤務時間等		
連携する訪問看護事業所 （連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施する場合のみ記載）			名称		
			住所	（郵便番号　　－　　）	

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	訪問介護員等				オペレーター		看護職員		うち計画作成責任者	
	定期巡回サービス		随時訪問サービス							
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）										
非常勤（人）										
常勤換算後の人数（人）										
添付書類	別添のとおり									

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

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
		Email			

備考　1　記入欄が不足する場合は、遮宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
　　2　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

（別添）

付表 7　定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定に係る記載事項　添付書類

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1
3	平面図	参考様式3
4	設備・備品等一覧表	参考様式4
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	参考様式5
7	誓約書	参考様式6

付表 8　複合型サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
		Email			
併設施設等		□ 認知症対応型共同生活介護事業所　□ 地域密着型特定施設　□ 地域密着型介護老人福祉施設 □ 介護療養型医療施設			
訪問看護事業所の指定の有無		□ 有　□ 無	種別	□ 病院　□ 診療所　□ 訪問看護ステーション	
		名称		事業所番号	

管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏名				
	生年月日				
	事業所内の従業者との兼務の有無	□ 有　□ 無	（職種：　　）		
	他事業所の従業者との兼務の有無	□ 有　□ 無	事業所の名称		
			事業所番号		
			兼務する職種及び勤務時間等		
療協機力関医	名称		主な診療科名		
	名称		主な診療科名		

○人員に関する基準の確認に必要な事項							
従業者の職種・員数		介護従事者		うち看護職員		介護支援専門員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤（人）						
	非常勤（人）						
	常勤換算後の人数（人）						
通いサービスの利用者数（推定数を記入）			人				

○設備に関する基準の確認に必要な事項				
	居間及び食堂の合計面積	㎡		
	個室の宿泊室	室	うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室 （病院又は診療所である場合）	室
	個室以外の宿泊室の合計面積	㎡	宿泊サービスの利用定員から 個室の定員数を減じた数	人
登録定員		人		
通いサービスの利用定員		人	宿泊サービスの利用定員	人
建物の構造		□ 耐火建築物　□ 準耐火建築物　□ その他		
添付書類		別添のとおり		

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

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
		Email			

○設備に関する基準の確認に必要な事項				
	居間及び食堂の合計面積	㎡		
	個室の宿泊室	室	うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室 （病院又は診療所である場合）	室
	個室以外の宿泊室の合計面積	㎡	宿泊サービスの利用定員から 個室の定員数を減じた数	人
登録定員		人		
通いサービスの利用定員		人	宿泊サービスの利用定員	人
建物の構造		□ 耐火建築物　□ 準耐火建築物　□ その他		

備考　1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
2　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
3　「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
4　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

（別添）

付表 8　複合型サービス事業所の指定に係る記載事項　添付書類

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1
3	管理者の経歴	参考様式2
4	平面図	参考様式3
5	設備・備品等一覧表	参考様式4
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	参考様式5
8	協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容	
9	介護老人福祉施設・介護老人保健施・病院等との連絡体制及び支援の体制の概要	
10	誓約書	参考様式6
11	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式7

付表 9 地域密着型通所介護（療養通所介護）事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏 名				
	生年月日				
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入）	名称			
		兼務する職種及び勤務時間等			

○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種・員数	生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員	
常　勤（人）					
非常勤（人）					

○設備に関する基準の確認に必要な事項		
食堂及び機能訓練室の合計面積	㎡	
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	別添のとおり	

（地域密着型通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
		Email			

○設備に関する基準の確認に必要な事項		
食堂及び機能訓練室の合計面積	㎡	
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	平面図	

備考　1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
4 当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

（別添）

付表 9　地域密着型通所介護（療養通所介護）事業所の指定に係る記載事項　添付書類

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	**参考様式1**
3	平面図	**参考様式3**
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	**参考様式5**
6	誓約書	**参考様式6**

付表 10 指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項

<table>
<tr><td rowspan="4">事業所</td><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 colspan="4">（郵便番号　　－　　）
県　　郡市</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先</td><td>電話番号</td><td></td><td>FAX 番号</td><td></td></tr>
<tr><td>Email</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">管理者</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="3">住所</td><td colspan="2" rowspan="3">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="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</td><td colspan="3">☐有　☐無</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">同一敷地内の他の事業所
又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）</td><td>名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>兼務する職種
及び勤務時間等</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="6">○人員に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">従業者の職種・員数（人）</td><td colspan="2">介護支援専門員</td><td colspan="2" rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>専　従</td><td>兼　務</td></tr>
<tr><td>常　勤（人）</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">非常勤（人）</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">事業開始時の利用者の推定数</td><td>人</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">添付書類</td><td colspan="4">別添のとおり</td></tr>
</table>

備考　1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
　　2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

（別添）

付表 10　指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	**参考様式1**
3	管理者の経歴	
4	平面図	**参考様式3**
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	**参考様式5**
7	関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容	
8	誓約書	**参考様式6**
9	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	**参考様式7**

備考
3「管理者の経歴」は、主任介護支援専門員研修修了証（経過措置期間中は介護支援専門員証の写し）を添付ください。