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	申請者	(名称)			
		中 胡伯	(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。

	フリガナ													
	名 称													
申	主たる事系 所在地	务所の	(郵便番号	県) 郡市									
請	·本 42 #		電話番号						FAX番	号				
	連絡先		Email											
者	代表者の 名・生年月		職名			フリ: 氏	ガナ 名					生年 月日		
	代表者の作	住所	(郵便番号	県) 郡市									
指		同一所在	王地において	て行う事業等	₹の種類			対象	申請 事業 業に〇)	ゖ	に指定を受 ている事業 当事業に〇)		請をする事 始予定年月 日	様式
定		夜間対応	型訪問介護											付表1
定を受け	地	認知症対抗	芯型通所介	護										付表2
	域密	小規模多	幾能型居宅	介護										付表3
ょう	治	認知症対抗	芯型共同生	活介護										付表4
ح +	域密着型サ	地域密着	型特定施設	入居者生活	介護									付表5
ようとする事業	7	地域密着	型介護老人	福祉施設入	所者生活	介護								付表6
事	ビス	定期巡回	随時対応型	型訪問介護和	手護									付表7
) 第 所	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	複合型サ-												付表8
の			型通所介護											付表9
種類	居宅介護	1												付表10
AR.	サ介地			型通所介護										付表2
料 サ介地												付表3		
						付表4								
	保険事業所					: +					けている場			
医療	機関コード	等				: 1	(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「〇」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

	フリガナ												
事	名 称												
業所	所在地	(郵便		— 郡市)								
171	本级 #	電話都	番号					F.	4X 番号				
	連絡先	Email								•			
	フリガナ							(郵位	更番号	_)		
管理	氏名						住所						
理	生年月日												
者	当該夜間対応 他の職種(兼	型訪問 務の場	引介護事 合のみ記	業所で 7人)	で兼務する	ò							
0人	員に関する基準	≛の確認	忍に必要な	な事項	į								
オペロ	レーションセンタ	一の有	無				□ 有			無			
オペロ	レーションセンタ	ヹーのか	・所数							か所			
					•	訪問介	`護員等				-		1=v =
従業	者の職種・員数	女			定期巡回]サービス	随時記	訪問サ-	ービス	オペレ・	- 9-	面接相	1談貝
					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		另	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)

_ , ,,, ,,	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	***************************************	PRODUCT OF BRIDE
	フリガナ		
事	名称		
業所	所在地	(型)区田 ケ	-) 3市
'''	連絡先	電話番号	FAX 番号
	连船兀	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。

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)

	フリガナ	-												
事	名 称													
業所	所在地		(郵便番 !	号	県) 郡市								
ולת			電話番号							FAX 番				
	連絡先		Email							1				
事	業の実施形態	צמני	□ 当	単独型			併設型							
	フリガナ							(郵	便番号)		
	氏 名						住所							
管	生年月日													
理	当該認知症 (兼務の場合	対応型 合の <i>み</i>	型通所介護 外記入)	事業所	听で兼務す <i>-</i>	る他の	職種							
	同一敷地内の				名称						事業	所番号		
	又は施設の役務の場合の&			(兼	兼務する職 及び勤務時									
〇人員	に関する基	準の	確認に必要	な事	項									
	音の職種・員	数			生活相語	談員	看護	職員		介護職員	į	機能訓練拮	導員	
	常勤(人)													
	非常勤(人)													
	に関する基			な事	項 T	0								
食堂及	び機能訓練	室の1	合計面積	1		m [*]								
営業時				単位 (①	ごとのサー	·ビス技 ~	_	送迎:			3	: ~	:)
利用定						(単位こ	ごとの定	1 (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)

	CND / U·M II /															
	フリガナ															
事	名 称															
業	所在地	(郵便番号		_ 県) 郡市											
所																
	連絡先	電話番号								FAX	番号					
	连桁九	Email														
〇設備	#に関する基準の研	権認に必要な	事項													
食堂及	及び機能訓練室の [.]	合計面積			n	า้										
営業時	持間	-	単位 こ (①	ごとのサ :	ービス ~	提供B :	寺間(送 ②	迎時	間を除 ~	₹ 〈) :	3	:	~	:)	
利用定	E員			人	. (単位	ごとの	の定員の	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。

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)

フリガナ

利用定員

事	名 称										
41k		(郵便番		-)							
業	所在地	ļ	県	郡市							
所								LV A E	<u> </u>		
	連絡先	電話番号 Email						FAX 番·	5		
本体	L 本事業種別	,	型共同生	活介護事業所	:	thta	宓着!		☐ ttb t	武宓 差刑介護	老人福祉施設
71.11	フリガナ		・エハウエ	.但/100子来//1				便番号 -))	七八届江池政
	氏 名					住所					
管						1171					
	生年月日	· 청숙판종라스템	* 声 类 記 :	マギガナフ1	よの殴狂	-					
理		対応型通所介護 合のみ記入)	手来川	で 末 務 9 る1	也の瑊棰	Ē					
者		の他の事業所又	には	名称					事第	美所番号	
	施設の従業 (兼務の場	者との兼務 合のみ記入)		兼務する職及び勤務時							
〇人員	員に関する基	準の確認に必要	な事項	20 201007-1	1161 11						
本体σ	つ事業所等の)入居者を含めた	こ利用者	数				۸.			
従業者	香の職種・員	数		生活相談員	. 看	 i 護職員	l	介護職員	機能	訓練指導員	
	常 勤(人										
	非常勤(人		- 1								
		準の確認に必要 室の合計面積	な事項		mi						
及主が	くいが成形が	(主の口前面領									
営業時	持間		単位ご	とのサービス : ~		f間(送) ② ②	①時間 :	引を除く) ~ : 3	:	~)
利用定	2員			人(単位	立ごとσ	定員①)	人②	人③) <u> </u>	.)
	添付書	書類	別添の	とおり							
	施する場合		美所・介	↑護予防認 :	知症対	応型通	所介	☆護事業所を事	業所序	听在地以外	トの場所でー
	フリガナ										
事	名 称										
業		(郵便番号	_) #7 ±							
所	所在地		県	郡市							
	連絡先	電話番号						FAX 番号			
		Email									
		準の確認に必要	な事項	I	2						
艮里が	スひ機能訓練	室の合計面積			m [†]						
営業時	持間		単位ご (①	とのサービス : ~		間(送) ②	①時間 :	引を除く) ~ : 3	:	~ :)

人(単位ごとの定員①

- 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。

人②

人③

人)

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

	フリガナ										
	フリカテ										
事	名 称										
7		(郵便番号)							_
業	所在地	県	郡市	,							
所	771 12-15										
171	>+ 45 d	電話番号					FAX	番号			
	連絡先	Email							I		
併設		 対応型共同生活介記	進事業所	ŕ		九域密着?	型特定施設		域密着型介護	老人福祉施設	
施設等		養型医療施設	02.3 2/0/7		_			_			
,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	71132/33	. 民主区/示/// .				个護医療院	(郵便番号		`		
	フリガナ						(郵)使借亏	_	,		
	氏 名					住所					
管	生年月日										
理		·機能型居宅介護	車業託	で善致・	ナス州の	一种话					_
	(兼務の場合の		学 未乃	(水が	9 (A) (B) (A)	7.4以7里					
者				名称	T			事業	所番号		
	併設する施設 (兼務の場合の	等の従業者とのま なな言う!	東務	兼務す	る職種			1			
	(兼務の場合)	りか記人)			務時間等						
療協	品 名称		U	J.			主な診療科	名			
機力]						主な診療科	-			
関医			- -				土な砂獄科	· A			
〇人員	具に関する基準	の確認に必要な		A =-++ /\/ \					- 15 - 10 0		
従業者	者の職種・員数			介護従業			ち看護職員		支援専門員	_	
	常 勤(人)		専行	止	兼務	専行	兼務 兼務	専従	兼務	_	
	-					-				_	
	非常勤(人)	. I M. / I \				_		4			=
\ \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	常勤換算後の										_
		者数(推定数を記						4			
〇設伽		の確認に必要な				9					
	居間及び	が食堂の合計面積	Ī		r	'n					
	個室以外の宿	沿室の合計面積			r		ナービスの利用				m²
74 47 -	<u> </u>		1				の定員数を減じ	に剱			
登録兄						٨			<u> </u>		
	ナービスの利用						ナービスの利用	完旨			人
建物の		正貝				人 佰汩	ノートの作品	龙 貝			$\stackrel{\wedge}{=}$
	カ構造	正貝		耐火建筑] 準耐火建築物		 その他		_
		別添のとおり	_	耐火建筑					その他		
(/\#	の構造 添付書類	別添のとおり	.)		等物		準耐火建築物	[
	の構造 添付書類 見模多機能型	別添のとおり		養予防	小規模	多機能	準耐火建築物 型居宅介護	[
	の構造 添付書類 見模多機能型	別添のとおり		養予防	小規模	多機能	準耐火建築物 型居宅介護	[
事業	D構造 添付書類 見模多機能型 所所在地以タ	別添のとおり		養予防	小規模	多機能	準耐火建築物 型居宅介護	[
	の構造 添付書類 見模多機能型 所所在地以 タ	別添のとおり 居宅介護事業 トの場所で一部		養予防	小規模	多機能	準耐火建築物 型居宅介護	[
事業	D構造 添付書類 規模多機能型 所所在地以タ フリガナ 名 称	別添のとおり 居宅介護事業 トの場所で一部 (郵便番号	所•介i 実施で	養予防	小規模	多機能	準耐火建築物 型居宅介護	[
事 業 事	D構造 添付書類 見模多機能型 所所在地以タ	別添のとおり 居宅介護事業 トの場所で一部		養予防	小規模	多機能	準耐火建築物 型居宅介護	[
事業	D構造 添付書類 規模多機能型 所所在地以タ フリガナ 名 称	別添のとおり 居宅介護事業 トの場所で一部 (郵便番号 県	所•介i 実施で	養予防	小規模	多機能	型居宅介護)	事業所を			
事 業	D構造 添付書類 規模多機能型 所所在地以タ フリガナ 名 称	別添のとおり 居宅介護事業 トの場所で一部 (郵便番号 県 電話番号	所•介i 実施で	養予防	小規模	多機能	型居宅介護)	[
事業	D構造 添付書類 見模多機能型 所所在地以 フリガナ 名 称 所在地 連絡先	別添のとおい 居宅介護事業 トの場所で一部 (郵便番号 県 電話番号 Email	听·介語 実施 。 本	養予防	小規模	多機能	型居宅介護)	事業所を			
事業	D構造 添付書類 見模多機能型 所所在地以ケ フリガナ 名 称 所在地 連絡先	別添のとおい 居宅介護事業 トの場所で一部 (郵便番号 県 電話番号 Email	听·介語 実施 。 本	養予防	小規模 小規模 合の記i	多機能載事項	型居宅介護)	事業所を			
事業	D構造 添付書類 見模多機能型 所所在地以 フリガナ 名 称 所在地 連絡先	別添のとおい 居宅介護事業 トの場所で一部 (郵便番号 県 電話番号 Email	听·介語 実施 。 本	養予防	小規模 小規模 合の記i	多機能載事項	型居宅介護 (FAX	事業所を 番号			
事業	D構造 添付書類 見模多機能型 所所在地以 フリガナ 名 称 所在地 連絡先 間及び食堂	別添のとおい 居宅介護事業 トの場所で一部 (郵便番号 県 電話番号 Email	听·介語 実施 。 郡市	養予防	小規模 合の記 	多機能 載事項 ㎡ 宿泊+	型居宅介護 ア () () () () () () () (番号			^ m
事業所の設備	D構造 添付書類 R模多機能型 アリガナ 名 称 所在地 連絡先 間 を 以外 の 宿	別添のとおい 居宅介護事業 トの場所で一部 (郵便番号 県 電話番号 Email の確認に必要ないの合計面積	听·介語 実施 。 郡市	養予防	小規模 合の記 「	多機能 載事項 ㎡ 宿海 1:1 宿 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	型居宅介護 (FAX	番号			
事業所の設備	D構造 添付書類 規模多機能型 所所在地以が フリガナ 名 所 在 地 連絡先 講に関及び外の宿 記算	別添のとおい 居宅介護事業 トの場所で一部 (郵便番号 県 電話番号 Email の確認に必要ないの合計面積 泊室の合計面積	听·介語 実施 。 郡市	養予防	小規模 合の記	多機能 ** 宿個室	準耐火建築物 型居宅介護 FAX サービスの利用 D定員数を減じ	事業所を番号			mª
事業所の設備	の構造 添付書類 現模多機能型 所所在地以外 フリガナ 名 称 所在地 連絡先 間室以外の宿 定員 ナービスの利用	別添のとおい 居宅介護事業 トの場所で一部 (郵便番号 県 電話番号 Email の確認に必要ないの合計面積 泊室の合計面積	听·介語 零	養予防	小規模 小規模 の記 「	多機能 載事項 ㎡ 宿個室 人人 人 宿泊+	型居宅介護 ア () () () () () () () (事業所を番号			

- 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。

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

		フリガナ														
事		名 称														
業所	所	在地	(郵位	~ ш 3	-) 市											
"	<u>:</u> #	絡先	電話	番号						FAX 番号	号					
	進	で	Emai	I												
	フリ	リガナ														
管	ŀ	氏名					住所									
E.	生年月日															
理	当該	事業所	で兼剤	务する他の 職	機種(兼務	の場	合のみ	記入)								
者	 同一敷地内の他の事業所又は 施設の従業者との兼務					名称						事業所番	号			
		答の場合					兼務する職種 及び勤務時間等 									
協力	医	名称								主な診療	科名	i				
療機	関	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											
		住居数			戸		(2					
従業	者の	職種∙員	数				介護征			介護従業者		• •		計画作成担当者		
	V/ 44.1					卓	厚従	兼務		専従		兼務	専従	4	兼務	4
		j(人) :勤(人)												+		4
		動(人) 換算後	ω I i	Ktr (I)												4
			<i>U)</i> 人3	2 (八)												1
利用者数 (推定数を記入) 							人				人					
利用定員								人				人				<u> </u>
〇設備に関する基準の確認に必要な事項							¬									
		の構造		□ 耐火建			準耐り	V建築物 		その化	t					
	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。

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

	フリ	Jガナ														
事	á	名 :	称													
, 業 所	Ē	听在 5	地	(郵便番	号 一	,										
191		士幼	<u>+</u>	電話番	号						FA	X 番号				
	1	連絡:	七	Email							ı			•		
施設の		<u> </u>		、ホーム					施設開設年月日							
他故(_		ホーム					施設開設年月日							
			サービス	付き高齢	命者向け信	主宅		1	施設開設	I .						
	フリ	ガナ								(郵便都	許号	-)			
管	氏	名						住	所							
理	生年	月日														
_	当該特	宇定施	設で兼	務する他	の職種(兼務の場	骨のみ記	入)								
者	同一敷地内の他の事業所				スは施設							事業所	番号			
	の従業者との兼務 (兼務の場合記入)			兼務する 及び勤和	る職種 努時間等											
医	名	称								主な診	療科名					
療協機力		称								主な診	療科名					
関	名	称								主な診	療科名					
〇人員	に関す	トる基	準の確	認に必要	要な事項								•			
従業 妻	子の職種	■. 昌	坳		生活村	目談員	看護	職員	介護	職員	ŧ	幾能訓絲	東指導員	計画作	成担当者	
从 本日			<i>*</i> *		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	5	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤															
	非常勤															_
	吊勤孾	具多	色の人数	(人)			1	(前年の)	 平均値、新	坦の坦	小		21)			
利用者	針数(推	定数	を記入)		要介護者	<u> </u>		人	十均恒、机	別り物	口は作	上 奴で	6人)			
入居定員								人								
建物の構造 回耐火						火建築物	薬物 □ 準耐火建築物 □ その他									
添付書	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。

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

				_												
		フリガ	ナ													
		名和	尓													
施				(郵便		-)									
設		所在均	地		県	都	市									
DX.				まれず								ž –				
	;	連 絡	先	電話番	亏						FAX 習	一				
		1 * 1	1	Email					/ #n /== :	<u> </u>						
	フリ	カ [*] ナ							(郵便	鱼亏	_)				
管	氏	名						住所								
理		月日														
者				の事業所		名	称						事業所	听番号		
18	他政の兼		下14个10日	没の従	未白乙		トる職種									
	(兼務の場合のみ記入) ^及 体施設の有無)務時		/v/ =n +	- 114		_				
				҈施の有	= 4111.		有 左	無	併設事			ŧ		無	7 A4=0.TH	
			「護の尹	き他の作	一		有	無	事業の			- T.I. 50	空床 	型	併設型	
療機		名称								王	な診療	[*] 科名				
関		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						医的			生活村	目談員		介護職員		職員		
WC214							専行	注 :	* 兼務	専	従	*兼務	専 従	*兼務	専 従	*兼務
			介護老人		勤(人)											
		没及ひ? 隻従事	短期入列 人数		常勤(人)										
	堂勤	換質征	後の人装 しんきょう かんきょう かんしょう かんしょう かんき かんき かんき かんき かんき かんき かんき かんき かんしゅう しゅうしゅう しゅうしゃ しゃり しゅうしゃ しゅうしゃ しゅうしゃ しゅうしゃ しゅうしゃ しゃ し	対(人)												
	113 =/3	17,37	~****	× () ()					<u> </u>	機	能訓絲	東指導員	介護支援専門員		栄養士を	記置しな
							専 彳		· * 兼務		従	* 兼務	専 従	* 兼務	い 場合の措	罟
	14-1 -1 -2	友羊刑	人=# ± 1	_短 堂	勤(人)					_					2 初日 0.71日	<u> </u>
	祉施詞	没及び	介護老人 短期入所		±/J (/ C /											
	活介記	隻従事.	人数	非'	常勤(人)										
	常勤	換算征	後の人数	数(人)												
入所	者数	推定	数を記ん	入)		•		人	、短期入	、所利	用者数	女(併設型の	場合)		人(推定	数を記入)
〇設	備に	関する	基準の	確認に	必要な	事項									T	
ı				<u> </u>			地域	密着型:	介護老人	、福祉	-	短期	入所生活介			
	•—									人			人			
			所者1人あたりの最小床面積							m [†] m [†]			m [*] m [*]			
	食堂と機能訓練室の合計面積 廊 片廊下の幅															
	廊 片廊トの幅					m m										
入居		1 11413	, -2 IA					人	Ţ						l	
	<u>~~</u> 5付書	類	5	別添のと	-おり				1							

- 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。

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

		1										
	フリガナ											
事	名 称											
業		(郵便番号 —)									
	所在地	県 郡市										
所		高红菜 D					ı	l				
	連絡先	電話番号	 			FAX番号	-					
	7114 *4	Email	<u> </u>		T	(₹	郵便番号)			
	フリガナ				-		がは 田 ク	_	,			
管	氏名				住所							
理	生年月日]							
		1			事業所の名	名称						
	他事業所の従 無	详業者との兼務の有	□有	□無	兼務する職							
					勤務時間等							
			<u> </u>		名称							
	する訪問看護		. + 7		(重	8便番号	_)				
	『型定期巡回・ のみ記載)	随時対応型訪問介護	看護を実	:施する	住所							
-20 LI	707 HD +A7											
八〇人	員に関する基準	準の確認に必要な事	項									
				訪問	介護員等						うち計	画作成
					Dv+ n	時訪問	1 .01	ーター	手 謹	職員	ノつロロ	四11-1%
従業者	者の職種・員数		定期				オペレ	,	有吱	収只	責任	壬者
従業	者の職種∙員数	汝	サー	-ビス	サ-	ービス			,			
		数 			サ-		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)	牧 	サー	-ビス	サ-	ービス			,			
	常勤(人)非常勤(人)		サー	-ビス	サ-	ービス			,			
	常勤(人)	D人数(人)	専従	-ビス	サ-	ービス			,			
	常勤(人) 非常勤(人) 常勤換算後の	の人数(人)	専従	-ビス	サ-	ービス			,			
	常勤(人) 非常勤(人) 常勤換算後の 添付書類	の人数(人) 頁 別添のと	専従	-ビス 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 添付書類	の人数(人)	専従	-ビス 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 添付書類	の人数(人) 頁 別添のと	専従	-ビス 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 添付書類	の人数(人) 頁 別添のと	専従	-ビス 兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
(定期	常勤(人) 非常勤(人) 常勤換算後の 添付書類 別巡回・随時 フリガナ 名 称	の人数(人) 別添のと 対 応型訪問介護 (郵便番号 –	専従	-ビス 兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
(定)	常勤(人) 非常勤(人) 常勤換算後の 添付書類 別巡回・随時 フリガナ	の人数(人) 別添のと 対応型訪問介護	専従	-ビス 兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
(定期	常勤(人) 非常勤(人) 常勤換算後の 添付書類 別巡回・随時 フリガナ 名 称	の人数(人) 別添のと 対 応型訪問介護 (郵便番号 –	専従	-ビス 兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		

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。

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

	*	1											
	フリガナ												
事	名 称												
業	所在地	(郵便番号 県 ネ	— 都市)									
所)± 46 H	電話番号						FAX	番号				
	連絡先	Email						•			•		
	併設 施設等	□ 認知症対応 □ 介護療養理			事業所		□地域图	密着型	以特定が	色設	□ 地域密着	型介護老人	福祉施設
訪問看	言護事業所の かんしん かんしん かんしん かんしん かんしん かんしん かんしん かんし	□有 □	無	1	重別		病院			診療所	□訪	問看護ステ-	ーション
指定σ)有無	名称									事業所番	号	
	フリガナ								(郵	便番号	_)	
	氏名					住	所						
管	生年月日												
理	事業所内の征 の有無	企業者との兼務		□有	無	(聙	戢種 :)		
者						事	業所の名称	尓					
	他事業所の征	詳者との				事業所番号							
	兼務の有無				無	務する職種							
		T				及	び勤務時間	引等				1	
療協機力	₹協 * 力				主な診療科名								
関医	名称									诊療科名			
〇人員	 に関する基準	上の確認に必要な	事項									ļ	
	舌の職種・員数			介譜	従事者	T	うち看記	崔朏		介誰支	援専門員		
							•				1	1	
	常勤(人)			専従	兼務	_	専従	オ	務	専従	兼務	-	
	非常勤(人)											1	
	常勤換算後の	0人数(人)			<u> </u>			<u> </u>		_		1	
通いサ		者数(推定数を	記入)				人					1	
		の確認に必要な						<u> </u>					
	居間及び食堂	色の合計面積				m²							_
	個室の宿泊国	<u> </u>				· 室	うち床面積 (病院又は	6.4n 診療	が以上で 所であ	7.43㎡未満 5る場合)	あの宿泊室		室
		宮泊室の合計面	債			m² ,	宿泊サービ 個室の定員	スの 数を	利用定 減じた	≧員から :数			
登録定						人							
通いサ 建物σ	トービスの利用	足員	+-	T1.1.7=00	·u/m	시	宿泊サービ				7 m /th		<u>ر</u>
添付書				耐火建築			準耐火建	E架初			その他		
//W J	ı AR		73.3 7/1										
(複合	型サービス フリガナ	事業所を事業 	所所在	生地以外	トの場所	fで	一部実施	する	場合	の記載	事項)		
事	名称												
業		(郵便番号)									
	所在地	│ 県 ₹	都市										
所	\± 45 ±	電話番号						FAX	番号				
	連絡先	Email									1		
〇設備		の確認に必要な	事項										
	居間及び食堂の合計面積					m			2111	- 10 2	+		
	個室の宿泊室		室			(病院乂は診療所でめる場合)			める 田室		室		
55v. A= - 1	個室以外の宿泊室の合計面積					が 「宿泊サービスの利用定員から 個室の定員数を減じた数					٨.		
登録定		1수용				싞	空海井 5	× 7 6	1 III III II	수용		ı	1
	低いサービスの利用定員 動の構造				物	<u>^ </u>	宿泊サービ □ 準耐火建				その他		<u>/</u>

- 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。

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

	フリガナ												
事	名 称												
業	所在地	(郵便番号 県	一) 郡市										
所	>+ 4b 4L	電話番号				FAX番号							
	連絡先	Email				·							
	フリガナ				(郵便番号	_)						
管	氏 名			住所									
	生年月日												
理	当該通所介	・護事業所で兼務	で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)										
者	同一敷地内	の他の事業所	名称										
	又は施設の 務(兼務の ⁵)従業者との兼 場合のみ記入)	兼務する職種及び勤務時間等										
〇人員	に関する基	準の確認に必要	要な事項						_				
í	芷業者の 職種	重∙員数	生活相談員	看記	雙職員	介護職員	機	能訓練指導員					
	常 勤(人)												
	非常勤(人))											
〇設備	計に関する基	準の確認に必要	要な事項										
	食堂及	び機能訓練室の	合計面積				m¹						
	営業時間	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										

(地域密美刑運転の護車業を車業所能を地))以の提託で一部実体する場合)

	100 / 100 /	別月 護事未で	争未则则在地及		<u> </u>				
	フリガナ								
事	名 称								
業所	所在地	(郵便番号 県	一) 郡市						
"	連絡先	電話番号			FAX番号				
	连桁九	Email							
〇設備	#に関する基	準の確認に必	要な事項						
食	食堂及び機能	能訓練室の合計	 面積			m			
	営業時間	単位ごと	このサービス提供時間(逆	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。

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

	フリガナ										
事	名 称										
業	所在地	VAPIA II	-) ß市								
所		電話番号	※ 旦			FAX 番-	무				
	連絡先	Email				I AV III	7				
	フリガナ					(郵便番号)			
	氏 名				┥ 住所						
管	生年月日				1						
理						<u>L</u> §の有無		1	有	無	
者	又は施設の従業者との兼務(兼務										
				する職種							
				勤務時間	等						
〇人員	↓に関する基準	準の確認に必要な	事項								
従業者の職種・員数(人)				介護支援専門員							
	ル末日の利		専 従		兼 務						
	常 勤(人)										
	非常勤(人)										
					事業開始時の利用者の推定数 人						
		者の推定数									

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。

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

備者

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。