

湯河原町指定地域密着型サービス事業所等の指定等に関する規則の一部を改正する規則新旧対照条文

現 行	改 正 後	備 考
<p>(趣旨)</p> <p>第1条 この規則は、<u>介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）及び介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「施行規則」という。）</u>に定めるもののほか、<u>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及び指定介護予防支援事業所（以下「指定地域密着型サービス事業所等」という。）</u>の指定等に関し必要な事項を定めるものとする。</p>	<p>(趣旨)</p> <p>第1条 この規則は、<u>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及び指定介護予防支援事業所（以下「指定地域密着型サービス事業所等」という。）</u>の指定等に関し必要な事項を定めるものとする。</p>	
<p>(指定の申請)</p> <p>第2条 法第78条の2第1項、第115条の12第1項及び第115条の22第1項の規定による申請は、<u>指定地域密着型サービス事業所等指定申請書（様式第1号）</u>により行うものとする。</p>	<p>(指定の申請)</p> <p>第2条 <u>介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第78条の2第1項、第115条の12第1項及び第115条の22第1項の規定による申請は、<u>介護保険法施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式（令和5年厚生労働省告示第331号。以下「様式告示」という。）別紙様式第2号（一）</u>により行うものとする。</u></p>	
<p>2 (略)</p> <p>(変更の届出等)</p>	<p>2 (略)</p> <p>(変更の届出等)</p>	
<p>第3条 法第78条の5第1項、第115条の15第1項及び第115条の25第1項の規定による届出は、<u>施行規則第131条の13第1項、第140条の30第1項及び第140条の37第1項に掲げる事項の変更に係るものにあつては<u>指定地域密着型サービス事業所等変更届出書（様式第2号）</u>により、<u>休止した事業の再開に係るものにあつては<u>指定地域密着型サービス事業所等再開届出書（様式第3号）</u></u>により、それぞれ行うものとする。</u></p>	<p>第3条 法第78条の5第1項、第115条の15第1項及び第115条の25第1項の規定による届出は、<u>介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「施行規則」という。）第131条の13第1項、第140条の30第1項及び第140条の37第1項に掲げる事項の変更に係るものにあつては<u>様式告示別紙様式第2号（四）</u>により、<u>休止した事業の再開に係るものにあつては<u>様式告示別紙様式第2号（五）</u></u>により、それぞれ行うものとする。</u></p>	
<p>2 法第78条の5第2項、第115条</p>	<p>2 法第78条の5第2項、第115条</p>	

現 行	改 正 後	備 考
<p>の15第2項及び第115条の25第2項の規定による届出は、<u>指定地域密着型サービス事業所等廃止・休止届出書（様式第3号の2）</u>により行うものとする。</p> <p>（指定の更新）</p> <p>第4条 法第78条の12、第115条の21及び第115条の31において準用する法第70条の2の規定による申請は、<u>指定地域密着型サービス事業所等指定更新申請書（様式第4号）</u>により行うものとする。</p> <p>（指定の辞退）</p> <p>第5条 法第78条の8の規定による指定の辞退は、<u>指定地域密着型サービス事業所等指定辞退届出書（様式第5号）</u>により行うものとする。</p> <p><u>様式第1号</u></p> <div data-bbox="185 1122 663 1832"> </div>	<p>の15第2項及び第115条の25第2項の規定による届出は、<u>様式告示別紙様式第2号（三）</u>により行うものとする。</p> <p>（指定の更新）</p> <p>第4条 法第78条の12、第115条の21及び第115条の31において準用する法第70条の2の規定による申請は、<u>様式告示別紙様式第2号（二）</u>により行うものとする。</p> <p>（指定の辞退）</p> <p>第5条 法第78条の8の規定による指定の辞退は、<u>様式告示別紙様式第2号（六）</u>により行うものとする。</p>	<p>削る</p>

現 行	改 正 後	備 考																																																																																																																								
<p>付表 1</p> <p>夜間対応型訪問介護事業所の指定に係る記載事項</p> <table border="1"> <tr> <td>フリガタ</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>事業所名称</td> <td colspan="3">(郵便番号 -)</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td>電話番号 E m a i l</td> <td colspan="2">FAX 番号</td> </tr> <tr> <td>フリガタ</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>住所</td> <td colspan="2">(郵便番号 -)</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>担当夜間対応型訪問介護事業所で兼務する他の職種の業務(兼務の場合のみ記入)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">①人に係る業務の提供に必要事項</td> </tr> <tr> <td>オペレーションセンターの有無</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>オペレーションセンターの箇所数</td> <td colspan="3">箇所</td> </tr> <tr> <td>従業員の種類・員数</td> <td colspan="3">訪問介護員等</td> </tr> <tr> <td></td> <td>定常巡回サービス</td> <td>随時訪問サービス</td> <td>オペレーター</td> </tr> <tr> <td></td> <td>専従</td> <td>兼務</td> <td>専従</td> </tr> <tr> <td>常勤(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>非常勤(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>別件労働</td> <td colspan="3">別添のとおり</td> </tr> </table> <p>(夜間対応型訪問介護事業事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)</p> <table border="1"> <tr> <td>フリガタ</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>事業所名称</td> <td colspan="3">(郵便番号 -)</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td>電話番号 E m a i l</td> <td colspan="2">FAX 番号</td> </tr> </table> <p>備考</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別紙に記載した書類を添付してください。 2 従業員の兼務については、別添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、従業員については、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。 	フリガタ				事業所名称	(郵便番号 -)			所在地				連絡先	電話番号 E m a i l	FAX 番号		フリガタ				氏名	住所	(郵便番号 -)		生年月日				担当夜間対応型訪問介護事業所で兼務する他の職種の業務(兼務の場合のみ記入)				①人に係る業務の提供に必要事項				オペレーションセンターの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			オペレーションセンターの箇所数	箇所			従業員の種類・員数	訪問介護員等				定常巡回サービス	随時訪問サービス	オペレーター		専従	兼務	専従	常勤(人)				非常勤(人)				別件労働	別添のとおり			フリガタ				事業所名称	(郵便番号 -)			所在地				連絡先	電話番号 E m a i l	FAX 番号																																							
フリガタ																																																																																																																										
事業所名称	(郵便番号 -)																																																																																																																									
所在地																																																																																																																										
連絡先	電話番号 E m a i l	FAX 番号																																																																																																																								
フリガタ																																																																																																																										
氏名	住所	(郵便番号 -)																																																																																																																								
生年月日																																																																																																																										
担当夜間対応型訪問介護事業所で兼務する他の職種の業務(兼務の場合のみ記入)																																																																																																																										
①人に係る業務の提供に必要事項																																																																																																																										
オペレーションセンターの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																																																																																																																									
オペレーションセンターの箇所数	箇所																																																																																																																									
従業員の種類・員数	訪問介護員等																																																																																																																									
	定常巡回サービス	随時訪問サービス	オペレーター																																																																																																																							
	専従	兼務	専従																																																																																																																							
常勤(人)																																																																																																																										
非常勤(人)																																																																																																																										
別件労働	別添のとおり																																																																																																																									
フリガタ																																																																																																																										
事業所名称	(郵便番号 -)																																																																																																																									
所在地																																																																																																																										
連絡先	電話番号 E m a i l	FAX 番号																																																																																																																								
<p>付表 2-1</p> <p>認知対応型通所介護事業所・介護予防認知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)</p> <table border="1"> <tr> <td>フリガタ</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>事業所名称</td> <td colspan="3">(郵便番号 -)</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td>電話番号 E m a i l</td> <td colspan="2">FAX 番号</td> </tr> <tr> <td>事業の提供形態</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/>単独型 <input type="checkbox"/>併設型 (郵便番号 -)</td> </tr> <tr> <td>フリガタ</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>住所</td> <td colspan="2">(郵便番号 -)</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>認知対応型通所介護事業所で兼務する他の職種の業務(兼務の場合のみ記入)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>同一地域内の他の事業所又は施設等の名称(兼務する事業所の名称)</td> <td>名称</td> <td colspan="2">事業所番号</td> </tr> <tr> <td>施設等の名称との兼務(兼務する業務の種類)の番号のみ記入</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">①人に係る業務の提供に必要事項</td> </tr> <tr> <td>従業員の種類・員数</td> <td>生活相談員</td> <td>看護職員</td> <td>介護職員</td> </tr> <tr> <td></td> <td>専従</td> <td>兼務</td> <td>専従</td> </tr> <tr> <td>常勤(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>非常勤(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">②認知対応型通所介護事業所</td> </tr> <tr> <td>必要及び機能訓練等の合計時間</td> <td colspan="3">単位</td> </tr> <tr> <td>営業時間</td> <td colspan="3">単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。) (①: ~: ②: ~: ③: ~: ④: ~:)</td> </tr> <tr> <td>利用定員</td> <td colspan="3">人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人 ④ 人)</td> </tr> <tr> <td>別件労働</td> <td colspan="3">別添のとおり</td> </tr> </table> <p>(認知対応型通所介護事業所・介護予防認知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)</p> <table border="1"> <tr> <td>フリガタ</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>事業所名称</td> <td colspan="3">(郵便番号 -)</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td>電話番号 E m a i l</td> <td colspan="2">FAX 番号</td> </tr> <tr> <td colspan="4">①人に係る業務の提供に必要事項</td> </tr> <tr> <td>必要及び機能訓練等の合計時間</td> <td colspan="3">単位</td> </tr> <tr> <td>営業時間</td> <td colspan="3">単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。) (①: ~: ②: ~: ③: ~: ④: ~:)</td> </tr> <tr> <td>利用定員</td> <td colspan="3">人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人 ④ 人)</td> </tr> </table> <p>備考</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別紙に記載した書類を添付してください。 2 営業時間の記載については、別添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 機能訓練職員については、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、従業員については、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。 	フリガタ				事業所名称	(郵便番号 -)			所在地				連絡先	電話番号 E m a i l	FAX 番号		事業の提供形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型 (郵便番号 -)			フリガタ				氏名	住所	(郵便番号 -)		生年月日				認知対応型通所介護事業所で兼務する他の職種の業務(兼務の場合のみ記入)				同一地域内の他の事業所又は施設等の名称(兼務する事業所の名称)	名称	事業所番号		施設等の名称との兼務(兼務する業務の種類)の番号のみ記入				①人に係る業務の提供に必要事項				従業員の種類・員数	生活相談員	看護職員	介護職員		専従	兼務	専従	常勤(人)				非常勤(人)				②認知対応型通所介護事業所				必要及び機能訓練等の合計時間	単位			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: ~: ④: ~:)			利用定員	人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人 ④ 人)			別件労働	別添のとおり			フリガタ				事業所名称	(郵便番号 -)			所在地				連絡先	電話番号 E m a i l	FAX 番号		①人に係る業務の提供に必要事項				必要及び機能訓練等の合計時間	単位			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: ~: ④: ~:)			利用定員	人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人 ④ 人)								
フリガタ																																																																																																																										
事業所名称	(郵便番号 -)																																																																																																																									
所在地																																																																																																																										
連絡先	電話番号 E m a i l	FAX 番号																																																																																																																								
事業の提供形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型 (郵便番号 -)																																																																																																																									
フリガタ																																																																																																																										
氏名	住所	(郵便番号 -)																																																																																																																								
生年月日																																																																																																																										
認知対応型通所介護事業所で兼務する他の職種の業務(兼務の場合のみ記入)																																																																																																																										
同一地域内の他の事業所又は施設等の名称(兼務する事業所の名称)	名称	事業所番号																																																																																																																								
施設等の名称との兼務(兼務する業務の種類)の番号のみ記入																																																																																																																										
①人に係る業務の提供に必要事項																																																																																																																										
従業員の種類・員数	生活相談員	看護職員	介護職員																																																																																																																							
	専従	兼務	専従																																																																																																																							
常勤(人)																																																																																																																										
非常勤(人)																																																																																																																										
②認知対応型通所介護事業所																																																																																																																										
必要及び機能訓練等の合計時間	単位																																																																																																																									
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: ~: ④: ~:)																																																																																																																									
利用定員	人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人 ④ 人)																																																																																																																									
別件労働	別添のとおり																																																																																																																									
フリガタ																																																																																																																										
事業所名称	(郵便番号 -)																																																																																																																									
所在地																																																																																																																										
連絡先	電話番号 E m a i l	FAX 番号																																																																																																																								
①人に係る業務の提供に必要事項																																																																																																																										
必要及び機能訓練等の合計時間	単位																																																																																																																									
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: ~: ④: ~:)																																																																																																																									
利用定員	人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人 ④ 人)																																																																																																																									
<p>付表 2-2</p> <p>認知対応型通所介護事業所・介護予防認知対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項(共同型)</p> <table border="1"> <tr> <td>フリガタ</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>事業所名称</td> <td colspan="3">(郵便番号 -)</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td>電話番号 E m a i l</td> <td colspan="2">FAX 番号</td> </tr> <tr> <td>事業の種類</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/>認知対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/>介護予防認知対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/>施設型事業所 <input type="checkbox"/>施設型事業所兼入居施設</td> </tr> <tr> <td>フリガタ</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>住所</td> <td colspan="2">(郵便番号 -)</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>認知対応型通所介護事業所で兼務する他の職種の業務(兼務の場合のみ記入)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>同一地域内の他の事業所又は施設等の名称(兼務する事業所の名称)</td> <td>名称</td> <td colspan="2">事業所番号</td> </tr> <tr> <td>施設等の名称との兼務(兼務する業務の種類)の番号のみ記入</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">①人に係る業務の提供に必要事項</td> </tr> <tr> <td>事業所等の入居者を占める利用者数</td> <td colspan="3">人</td> </tr> <tr> <td>従業員の種類・員数</td> <td>生活相談員</td> <td>看護職員</td> <td>介護職員</td> </tr> <tr> <td></td> <td>専従</td> <td>兼務</td> <td>専従</td> </tr> <tr> <td>常勤(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>非常勤(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">②認知対応型通所介護事業所</td> </tr> <tr> <td>必要及び機能訓練等の合計時間</td> <td colspan="3">単位</td> </tr> <tr> <td>営業時間</td> <td colspan="3">単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。) (①: ~: ②: ~: ③: ~: ④: ~:)</td> </tr> <tr> <td>利用定員</td> <td colspan="3">人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人 ④ 人)</td> </tr> <tr> <td>別件労働</td> <td colspan="3">別添のとおり</td> </tr> </table> <p>(認知対応型通所介護事業所・介護予防認知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)</p> <table border="1"> <tr> <td>フリガタ</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>事業所名称</td> <td colspan="3">(郵便番号 -)</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td>電話番号 E m a i l</td> <td colspan="2">FAX 番号</td> </tr> <tr> <td colspan="4">①人に係る業務の提供に必要事項</td> </tr> <tr> <td>必要及び機能訓練等の合計時間</td> <td colspan="3">単位</td> </tr> <tr> <td>営業時間</td> <td colspan="3">単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。) (①: ~: ②: ~: ③: ~: ④: ~:)</td> </tr> <tr> <td>利用定員</td> <td colspan="3">人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人 ④ 人)</td> </tr> </table> <p>備考</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別紙に記載した書類を添付してください。 2 営業時間の記載については、別添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 機能訓練職員については、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、従業員については、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。 	フリガタ				事業所名称	(郵便番号 -)			所在地				連絡先	電話番号 E m a i l	FAX 番号		事業の種類	<input type="checkbox"/> 認知対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 介護予防認知対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 施設型事業所 <input type="checkbox"/> 施設型事業所兼入居施設			フリガタ				氏名	住所	(郵便番号 -)		生年月日				認知対応型通所介護事業所で兼務する他の職種の業務(兼務の場合のみ記入)				同一地域内の他の事業所又は施設等の名称(兼務する事業所の名称)	名称	事業所番号		施設等の名称との兼務(兼務する業務の種類)の番号のみ記入				①人に係る業務の提供に必要事項				事業所等の入居者を占める利用者数	人			従業員の種類・員数	生活相談員	看護職員	介護職員		専従	兼務	専従	常勤(人)				非常勤(人)				②認知対応型通所介護事業所				必要及び機能訓練等の合計時間	単位			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: ~: ④: ~:)			利用定員	人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人 ④ 人)			別件労働	別添のとおり			フリガタ				事業所名称	(郵便番号 -)			所在地				連絡先	電話番号 E m a i l	FAX 番号		①人に係る業務の提供に必要事項				必要及び機能訓練等の合計時間	単位			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: ~: ④: ~:)			利用定員	人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人 ④ 人)				
フリガタ																																																																																																																										
事業所名称	(郵便番号 -)																																																																																																																									
所在地																																																																																																																										
連絡先	電話番号 E m a i l	FAX 番号																																																																																																																								
事業の種類	<input type="checkbox"/> 認知対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 介護予防認知対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 施設型事業所 <input type="checkbox"/> 施設型事業所兼入居施設																																																																																																																									
フリガタ																																																																																																																										
氏名	住所	(郵便番号 -)																																																																																																																								
生年月日																																																																																																																										
認知対応型通所介護事業所で兼務する他の職種の業務(兼務の場合のみ記入)																																																																																																																										
同一地域内の他の事業所又は施設等の名称(兼務する事業所の名称)	名称	事業所番号																																																																																																																								
施設等の名称との兼務(兼務する業務の種類)の番号のみ記入																																																																																																																										
①人に係る業務の提供に必要事項																																																																																																																										
事業所等の入居者を占める利用者数	人																																																																																																																									
従業員の種類・員数	生活相談員	看護職員	介護職員																																																																																																																							
	専従	兼務	専従																																																																																																																							
常勤(人)																																																																																																																										
非常勤(人)																																																																																																																										
②認知対応型通所介護事業所																																																																																																																										
必要及び機能訓練等の合計時間	単位																																																																																																																									
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: ~: ④: ~:)																																																																																																																									
利用定員	人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人 ④ 人)																																																																																																																									
別件労働	別添のとおり																																																																																																																									
フリガタ																																																																																																																										
事業所名称	(郵便番号 -)																																																																																																																									
所在地																																																																																																																										
連絡先	電話番号 E m a i l	FAX 番号																																																																																																																								
①人に係る業務の提供に必要事項																																																																																																																										
必要及び機能訓練等の合計時間	単位																																																																																																																									
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: ~: ④: ~:)																																																																																																																									
利用定員	人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人 ④ 人)																																																																																																																									

現 行	改 正 後	備 考																																																																																						
<p>付表3 (表) 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</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width: 20px; text-align: center;">事業所</td> <td>フリガナ 名 称</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>所在地 (郵便番号 -)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>連絡先 電話番号 E-mail</td> <td>FAX番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="10" style="text-align: center;">管理 者</td> <td>フリガナ 氏 名</td> <td>住所 (郵便番号 -)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>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)</td> <td>名 称</td> <td>事業所番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>併務する他の事業者との兼務(兼務の場合のみ記入)</td> <td>兼 務 する 職 種 及び勤務時間等</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>専任 名 称</td> <td>主たる職名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>兼務 名 称</td> <td>主たる職名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">〇人員に関する基準の達成に必要な事項</td> </tr> <tr> <td>従業員の種類・員数</td> <td>介護従事者 専任 兼務</td> <td>うち管理職員 専任 兼務</td> <td>介護支援専門員 専任 兼務</td> </tr> <tr> <td>常 勤 (人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>非常勤 (人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>常勤換算後の人数 (人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">利用サービスの利用者数 (確定数を記入) 人</td> </tr> <tr> <td colspan="4">〇設備に関する基準の達成に必要な事項</td> </tr> <tr> <td>居室及び集居の合計面積</td> <td>㎡</td> <td>宿泊サービスの利用者数から 居室の定員数を減じた数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>居室以外の宿泊室の合計面積</td> <td>㎡</td> <td>宿泊サービスの利用者数から 居室の定員数を減じた数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>基礎設備</td> <td>人</td> <td>宿泊サービスの利用者数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>利用サービスの利用者数 (確定数を記入)</td> <td>人</td> <td>宿泊サービスの利用者数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>建物の構造</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/>耐火建築物 <input type="checkbox"/>準耐火建築物 <input type="checkbox"/>その他 防火区画 <input type="checkbox"/>別荘のとりり </td> </tr> </table>	事業所	フリガナ 名 称				所在地 (郵便番号 -)				連絡先 電話番号 E-mail	FAX番号			管理 者	フリガナ 氏 名	住所 (郵便番号 -)			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)	名 称	事業所番号		併務する他の事業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼 務 する 職 種 及び勤務時間等			専任 名 称	主たる職名			兼務 名 称	主たる職名			〇人員に関する基準の達成に必要な事項				従業員の種類・員数	介護従事者 専任 兼務	うち管理職員 専任 兼務	介護支援専門員 専任 兼務	常 勤 (人)				非常勤 (人)				常勤換算後の人数 (人)				利用サービスの利用者数 (確定数を記入) 人				〇設備に関する基準の達成に必要な事項				居室及び集居の合計面積	㎡	宿泊サービスの利用者数から 居室の定員数を減じた数	人	居室以外の宿泊室の合計面積	㎡	宿泊サービスの利用者数から 居室の定員数を減じた数	人	基礎設備	人	宿泊サービスの利用者数	人	利用サービスの利用者数 (確定数を記入)	人	宿泊サービスの利用者数	人	建物の構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他 防火区画 <input type="checkbox"/> 別荘のとりり				
事業所		フリガナ 名 称																																																																																						
		所在地 (郵便番号 -)																																																																																						
	連絡先 電話番号 E-mail	FAX番号																																																																																						
管理 者	フリガナ 氏 名	住所 (郵便番号 -)																																																																																						
	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)	名 称	事業所番号																																																																																					
	併務する他の事業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼 務 する 職 種 及び勤務時間等																																																																																						
	専任 名 称	主たる職名																																																																																						
	兼務 名 称	主たる職名																																																																																						
	〇人員に関する基準の達成に必要な事項																																																																																							
	従業員の種類・員数	介護従事者 専任 兼務	うち管理職員 専任 兼務	介護支援専門員 専任 兼務																																																																																				
	常 勤 (人)																																																																																							
	非常勤 (人)																																																																																							
常勤換算後の人数 (人)																																																																																								
利用サービスの利用者数 (確定数を記入) 人																																																																																								
〇設備に関する基準の達成に必要な事項																																																																																								
居室及び集居の合計面積	㎡	宿泊サービスの利用者数から 居室の定員数を減じた数	人																																																																																					
居室以外の宿泊室の合計面積	㎡	宿泊サービスの利用者数から 居室の定員数を減じた数	人																																																																																					
基礎設備	人	宿泊サービスの利用者数	人																																																																																					
利用サービスの利用者数 (確定数を記入)	人	宿泊サービスの利用者数	人																																																																																					
建物の構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他 防火区画 <input type="checkbox"/> 別荘のとりり																																																																																							
<p>(表) 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</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width: 20px; text-align: center;">事業所</td> <td>フリガナ 名 称</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>所在地 (郵便番号 -)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>連絡先 電話番号 E-mail</td> <td>FAX番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="10" style="text-align: center;">管 理 者</td> <td>フリガナ 氏 名</td> <td>住所 (郵便番号 -)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)</td> <td>名 称</td> <td>事業所番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>併務する他の事業者との兼務(兼務の場合のみ記入)</td> <td>兼 務 する 職 種 及び勤務時間等</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>専任 名 称</td> <td>主たる職名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>兼務 名 称</td> <td>主たる職名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">〇人員に関する基準の達成に必要な事項</td> </tr> <tr> <td>従業員の種類・員数</td> <td>介護従事者 専任 兼務</td> <td>介護従事者 専任 兼務</td> <td>計画作成担当者 専任 兼務</td> </tr> <tr> <td>常 勤 (人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>非常勤 (人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>常勤換算後の人数 (人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">利用サービスの利用者数 (確定数を記入) 人</td> </tr> <tr> <td colspan="4">利用定員 人</td> </tr> <tr> <td colspan="4">〇設備に関する基準の達成に必要な事項</td> </tr> <tr> <td>建物の構造</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/>耐火建築物 <input type="checkbox"/>準耐火建築物 <input type="checkbox"/>その他 防火区画 <input type="checkbox"/>別荘のとりり </td> </tr> </table> <p>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、又は別項に記載した事項を併記してください。 2 管理職の兼務については、併任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 「協力関係機関」がある場合は、「協力関係機関」欄に併せて記載してください。 4 当該事業所を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部署実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業員については、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。</p>	事業所	フリガナ 名 称				所在地 (郵便番号 -)				連絡先 電話番号 E-mail	FAX番号			管 理 者	フリガナ 氏 名	住所 (郵便番号 -)			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)	名 称	事業所番号		併務する他の事業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼 務 する 職 種 及び勤務時間等			専任 名 称	主たる職名			兼務 名 称	主たる職名			〇人員に関する基準の達成に必要な事項				従業員の種類・員数	介護従事者 専任 兼務	介護従事者 専任 兼務	計画作成担当者 専任 兼務	常 勤 (人)				非常勤 (人)				常勤換算後の人数 (人)				利用サービスの利用者数 (確定数を記入) 人				利用定員 人				〇設備に関する基準の達成に必要な事項				建物の構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他 防火区画 <input type="checkbox"/> 別荘のとりり																
事業所		フリガナ 名 称																																																																																						
		所在地 (郵便番号 -)																																																																																						
	連絡先 電話番号 E-mail	FAX番号																																																																																						
管 理 者	フリガナ 氏 名	住所 (郵便番号 -)																																																																																						
	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)	名 称	事業所番号																																																																																					
	併務する他の事業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼 務 する 職 種 及び勤務時間等																																																																																						
	専任 名 称	主たる職名																																																																																						
	兼務 名 称	主たる職名																																																																																						
	〇人員に関する基準の達成に必要な事項																																																																																							
	従業員の種類・員数	介護従事者 専任 兼務	介護従事者 専任 兼務	計画作成担当者 専任 兼務																																																																																				
	常 勤 (人)																																																																																							
	非常勤 (人)																																																																																							
常勤換算後の人数 (人)																																																																																								
利用サービスの利用者数 (確定数を記入) 人																																																																																								
利用定員 人																																																																																								
〇設備に関する基準の達成に必要な事項																																																																																								
建物の構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他 防火区画 <input type="checkbox"/> 別荘のとりり																																																																																							
<p>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</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width: 20px; text-align: center;">事業所</td> <td>フリガナ 名 称</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>所在地 (郵便番号 -)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>連絡先 電話番号 E-mail</td> <td>FAX番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="10" style="text-align: center;">管 理 者</td> <td>フリガナ 氏 名</td> <td>住所 (郵便番号 -)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)</td> <td>名 称</td> <td>事業所番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>併務する他の事業者との兼務(兼務の場合のみ記入)</td> <td>兼 務 する 職 種 及び勤務時間等</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>専任 名 称</td> <td>主たる職名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>兼務 名 称</td> <td>主たる職名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">〇人員に関する基準の達成に必要な事項</td> </tr> <tr> <td>従業員の種類・員数</td> <td>介護従事者 専任 兼務</td> <td>介護従事者 専任 兼務</td> <td>計画作成担当者 専任 兼務</td> </tr> <tr> <td>常 勤 (人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>非常勤 (人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>常勤換算後の人数 (人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">利用者数 (確定数を記入) 人</td> </tr> <tr> <td colspan="4">利用定員 人</td> </tr> <tr> <td colspan="4">〇設備に関する基準の達成に必要な事項</td> </tr> <tr> <td>建物の構造</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/>耐火建築物 <input type="checkbox"/>準耐火建築物 <input type="checkbox"/>その他 防火区画 <input type="checkbox"/>別荘のとりり </td> </tr> </table> <p>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、又は別項に記載した事項を併記してください。 2 管理職の兼務については、併任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 「協力関係機関」がある場合は、「協力関係機関」欄に併せて記載してください。</p>	事業所	フリガナ 名 称				所在地 (郵便番号 -)				連絡先 電話番号 E-mail	FAX番号			管 理 者	フリガナ 氏 名	住所 (郵便番号 -)			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)	名 称	事業所番号		併務する他の事業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼 務 する 職 種 及び勤務時間等			専任 名 称	主たる職名			兼務 名 称	主たる職名			〇人員に関する基準の達成に必要な事項				従業員の種類・員数	介護従事者 専任 兼務	介護従事者 専任 兼務	計画作成担当者 専任 兼務	常 勤 (人)				非常勤 (人)				常勤換算後の人数 (人)				利用者数 (確定数を記入) 人				利用定員 人				〇設備に関する基準の達成に必要な事項				建物の構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他 防火区画 <input type="checkbox"/> 別荘のとりり																
事業所		フリガナ 名 称																																																																																						
		所在地 (郵便番号 -)																																																																																						
	連絡先 電話番号 E-mail	FAX番号																																																																																						
管 理 者	フリガナ 氏 名	住所 (郵便番号 -)																																																																																						
	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)	名 称	事業所番号																																																																																					
	併務する他の事業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼 務 する 職 種 及び勤務時間等																																																																																						
	専任 名 称	主たる職名																																																																																						
	兼務 名 称	主たる職名																																																																																						
	〇人員に関する基準の達成に必要な事項																																																																																							
	従業員の種類・員数	介護従事者 専任 兼務	介護従事者 専任 兼務	計画作成担当者 専任 兼務																																																																																				
	常 勤 (人)																																																																																							
	非常勤 (人)																																																																																							
常勤換算後の人数 (人)																																																																																								
利用者数 (確定数を記入) 人																																																																																								
利用定員 人																																																																																								
〇設備に関する基準の達成に必要な事項																																																																																								
建物の構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他 防火区画 <input type="checkbox"/> 別荘のとりり																																																																																							

現 行

改 正 後

備 考

付表5

地域型事業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 ー)			
	連絡先	電話番号	FAX番号		
施設区分 (標準に○)	有料老人ホーム	施設開設年月日			
	経営老人ホーム	施設開設年月日			
管理	フリガナ	(郵便番号 ー)			
	氏 名	住 所			
事業	先年月日				
	同一地域内の他の事業所又は は類似の事業者との業務 (兼 営する場合の記入)	名 称	事業所番号		
	提供する介護 及び活動時間等				
協力先	名称	主な影響科名			
	名称	主な影響科名			
○人員に関する基準の補綴に必要事項					
従業員の種類・員数	生活介護員	看護職員	介護職員	施設設備職員	非常勤職員
	専任	専任	専任	専任	専任
常 勤 (人)					
非常勤 (人)					
常勤換算後の人数 (人)					
利用者数 (定数を記入)	認定者	人	(前年の定数値、前年の場合は定数を記入)		
○設備に関する基準の補綴に必要事項					
入居定員	人				
建物の種類	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 耐火外建築物 <input type="checkbox"/> その他				
廊下幅	別添のとおり				

備考
1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を付けて記載するか、又は別欄に追加した欄を併用してください。
2 従業員の員数については、廊下幅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6

地域型事業型介護老人福祉施設入居者生活介護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 ー)			
	連絡先	電話番号	FAX番号		
管理	フリガナ	(郵便番号 ー)			
	氏 名	住 所			
事業	先年月日				
	同一地域内の他の事業所、施設 又は非営利団体の事業者との業 務 (兼営の場合の記入)	名 称	事業所番号		
	提供する介護 及び活動時間等				
本体施設の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
短期入居生活介護の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
事業の実施形態	<input type="checkbox"/> 分棟型 <input type="checkbox"/> 併設型				
協力先	名称	主な影響科名			
療養科	名称	主な影響科名			
○人員に関する基準の補綴に必要事項					
従業員の種類・員数	医師	生活介護員	介護職員	看護職員	専任職員
	専任	専任	専任	専任	専任
常 勤 (人)					
非常勤 (人)					
常勤換算後の人数 (人)					
利用者数 (定数を記入)	認定者	人	(前年の定数値、前年の場合は定数を記入)		
○設備に関する基準の補綴に必要事項					
入居定員	人				
建物の種類	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 耐火外建築物 <input type="checkbox"/> その他				
廊下幅	別添のとおり				

備考
1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を付けて記載するか、又は別欄に追加した欄を併用してください。
2 施設入居生活介護の指定に係る「療養科の有無」(区分表「併設型(別添)」欄)については、区分表・併設型が「有」か「無」か一方又は両方にチェックをしてください。
3 従業員の員数については、廊下幅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 従業員の員数・員数の「*専任」欄は、短期入居生活介護以外との業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経験のある生活介護職員等を配置する場合には、その員数は「介護支援専門員」欄に記載してください。
6 短期入居生活介護を実施していない場合は、短期入居生活介護の「設備に関する基準の補綴に必要事項」欄については、記載不要です。

付表7

定額型・随時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 ー)				
	連絡先	電話番号	FAX番号			
管理	フリガナ	(郵便番号 ー)				
	氏 名	住 所				
事業	先年月日					
	事業所の事業者との業務 の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業所の名称			
	提供する介護 及び活動時間等					
連携する訪問介護事業所 (連携型定額型・随時対応型訪問介護事業所を実施する場合のみ記載)	名 称	(郵便番号 ー)				
○人員に関する基準の補綴に必要事項						
従業員の種類・員数	訪問介護員等	定額型訪問サービス	随時対応サービス	オペレーター	看護職員	うち計画作成責任者
	専任	専任	専任	専任	専任	専任
常 勤 (人)						
非常勤 (人)						
常勤換算後の人数 (人)						
廊下幅	別添のとおり					

(定額型・随時対応型訪問介護事業所を事業所所在地以外の地域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 ー)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	

備考
1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を付けて記載するか、又は別欄に追加した欄を併用してください。
2 当該事業所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は、当該事業所所在地等を記載してください。また、従業員については、上記の表に併用して記載する職員も含めて記載してください。

現 行

改 正 後

備 考

付表8

(表)
看護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 -)			
	連絡先 電話番号 E-mail	FAX番号		
併設施設	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設			
	併設する事業所の指定の形態 <input type="checkbox"/> 併設 <input type="checkbox"/> 併設併用 <input type="checkbox"/> 併設併用ステーション			
管理者	フリガナ 氏 名	住所 (郵便番号 -)		
	生年月日			
	事業所内の従業員との職務の分担	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 職務:		
	事業所の従業員との職務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 事業所の名称 兼務する職種 及び勤務時間等		
専任役員	名称	<input type="checkbox"/> 専任取締役 <input type="checkbox"/> 専任監事		
役員に関する基準の満たしに必要事項 従業員の種類・員数				
介護従事者 うち管理職員 介護支援専門員 専任 兼務 専任 兼務 専任 兼務				
常勤 (人) _____ 非常勤 (人) _____ 労働時間外の人 (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満たしに必要事項 居室及び更衣の合計面積				
居室の宿泊室 _____㎡ _____㎡ 居室以外の宿泊室の合計面積 _____㎡ _____㎡				
専任役員 _____人 _____人 通いサービスの利用定員 _____人 _____人				
建物の構造 <input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他 設計書等 別紙のとおり				

付表9

(表)
看護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 -)			
	連絡先 電話番号 E-mail	FAX番号		
設備に関する基準の満たしに必要事項 居室及び更衣の合計面積				
居室の宿泊室 _____㎡ _____㎡ 居室以外の宿泊室の合計面積 _____㎡ _____㎡				
専任役員 _____人 _____人 通いサービスの利用定員 _____人 _____人				
建物の構造 <input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他 設計書等 別紙のとおり				

備考
 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を付けて記載するか、又は別欄に記載した事項を添付してください。
 2 従業員の種類については、別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 「協力員(専任職員)」がある場合は、「協力員(兼務職員)」欄に併せて記載してください。
 4 当該事業所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は、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業員については、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

(表)
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 -)			
	連絡先 電話番号 E-mail	FAX番号		
管理者	フリガナ 氏 名	住所 (郵便番号 -)		
	生年月日			
	併設通所介護事業所で兼務する他の職務(事業の担当の名称)			
	事業所の従業員との職務の分担(兼務の有無)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 職務:		
役員に関する基準の満たしに必要事項 従業員の種類・員数				
生活相談員 管理職員 介護職員 機能訓練職員 常勤 (人) _____ 非常勤 (人) _____				
設備に関する基準の満たしに必要事項 居室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) 設計書等 別紙のとおり				

(地域密着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 -)			
	連絡先 電話番号 E-mail	FAX番号		
設備に関する基準の満たしに必要事項 居室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) 設計書等 別紙のとおり				

備考
 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を付けて記載するか、又は別欄に記載した事項を添付してください。
 2 管理者の種類については、別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 機能訓練職員については、生活相談員又は管理職員等として介護職員と兼務している場合のみ記載してください。
 4 当該事業所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は、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業員については、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。

現 行	改 正 後	備 考																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<p>様式第2号</p> <p>様式第2号 (第3条関係) 指定地域密着型サービス事業所等変更届出書</p> <p>年月日</p> <p>届出所長 様</p> <p>住所 (所在地) 開設者 氏名 (名称及び代表者氏名)</p> <p>次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。</p> <table border="1"> <tr> <td>介護保険事業者番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>指定内容を変更した事業所等</td> <td>名称</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>所在地</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td>サービスの種類</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td>変更年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td colspan="17"></td> </tr> <tr> <td>変更があった事項 (該当に○)</td> <td colspan="19">変更の内容</td> </tr> <tr> <td>事業所 (施設) の名称</td> <td colspan="19">(変更前)</td> </tr> <tr> <td>事業所 (施設) の所在地</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td>営業者の名称</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td>主たる事業所の所在地</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td>代表者 (開設者) の氏名、生年月日及び住所</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td>法人事業証明書、条例等 (当該事業所に係るものに限る。)</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td>事業所 (施設) の建物の構造、専用区画等</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td>事業所 (施設) の管理者の氏名、生年月日及び住所</td> <td colspan="19">(変更後)</td> </tr> <tr> <td>運営規程</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td>協力医療機関 (病院)・協力歯科医療機関</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td>介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td>本施設、本施設との移動経路等</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td>併設施設の状況等</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td>介護支援専門員の氏名及びその登録番号</td> <td colspan="19"></td> </tr> </table> <p>備考 変更内容が分かる書類を添付してください。</p>	介護保険事業者番号																					指定内容を変更した事業所等	名称																					所在地																				サービスの種類																				変更年月日	年	月	日																		変更があった事項 (該当に○)	変更の内容																			事業所 (施設) の名称	(変更前)																			事業所 (施設) の所在地																				営業者の名称																				主たる事業所の所在地																				代表者 (開設者) の氏名、生年月日及び住所																				法人事業証明書、条例等 (当該事業所に係るものに限る。)																				事業所 (施設) の建物の構造、専用区画等																				事業所 (施設) の管理者の氏名、生年月日及び住所	(変更後)																			運営規程																				協力医療機関 (病院)・協力歯科医療機関																				介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制																				本施設、本施設との移動経路等																				併設施設の状況等																				介護支援専門員の氏名及びその登録番号																					削る
介護保険事業者番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
指定内容を変更した事業所等	名称																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	所在地																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
サービスの種類																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
変更年月日	年	月	日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
変更があった事項 (該当に○)	変更の内容																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
事業所 (施設) の名称	(変更前)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
事業所 (施設) の所在地																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
営業者の名称																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
主たる事業所の所在地																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
代表者 (開設者) の氏名、生年月日及び住所																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
法人事業証明書、条例等 (当該事業所に係るものに限る。)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
事業所 (施設) の建物の構造、専用区画等																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
事業所 (施設) の管理者の氏名、生年月日及び住所	(変更後)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
運営規程																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
協力医療機関 (病院)・協力歯科医療機関																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
本施設、本施設との移動経路等																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
併設施設の状況等																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
介護支援専門員の氏名及びその登録番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
<p>様式第3号</p> <p>様式第3号 (第3条関係) 指定地域密着型サービス事業所等再開届出書</p> <p>年月日</p> <p>届出所長 様</p> <p>住所 (所在地) 開設者 氏名 (名称及び代表者氏名)</p> <p>次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。</p> <table border="1"> <tr> <td>介護保険事業者番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>再開した事業所</td> <td>名称</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>所在地</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td>サービスの種類</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td>再開した年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td colspan="17"></td> </tr> </table> <p>備考 事業の再開に係る届出においては、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表を添付してください。</p>	介護保険事業者番号																					再開した事業所	名称																					所在地																				サービスの種類																				再開した年月日	年	月	日																			削る																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
介護保険事業者番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
再開した事業所	名称																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	所在地																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
サービスの種類																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
再開した年月日	年	月	日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
<p>様式第3号の2</p> <p>様式第3号の2 (第3条関係) 指定地域密着型サービス事業所等閉止・休止届出書</p> <p>年月日</p> <p>届出所長 様</p> <p>住所 (所在地) 開設者 氏名 (名称及び代表者氏名)</p> <p>次のとおり事業を閉止 (休止) するので届け出ます。</p> <table border="1"> <tr> <td>介護保険事業者番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>閉止 (休止) する事業所</td> <td>名称</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>所在地</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td>サービスの種類</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td>閉止・休止の別</td> <td colspan="19">閉止・休止</td> </tr> <tr> <td>閉止・休止をする年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td colspan="17"></td> </tr> <tr> <td>閉止・休止をする理由</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td>既にサービス又は支援を受けている者に対する措置</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td>閉止予定期間</td> <td>休止日</td> <td>～</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td colspan="15"></td> </tr> </table> <p>備考 閉止し、又は休止する日の1月前までに届け出てください。</p>	介護保険事業者番号																					閉止 (休止) する事業所	名称																					所在地																				サービスの種類																				閉止・休止の別	閉止・休止																			閉止・休止をする年月日	年	月	日																		閉止・休止をする理由																				既にサービス又は支援を受けている者に対する措置																				閉止予定期間	休止日	～	年	月	日																	削る																																																																																																																																																																																																																											
介護保険事業者番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
閉止 (休止) する事業所	名称																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	所在地																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
サービスの種類																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
閉止・休止の別	閉止・休止																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
閉止・休止をする年月日	年	月	日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
閉止・休止をする理由																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
既にサービス又は支援を受けている者に対する措置																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
閉止予定期間	休止日	～	年	月	日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	

現 行	改 正 後	備 考																																																																																																				
<p>様式第4号</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>様式第4号 (第4条関係) 指定地域密着型サービス事業所等指定更新申請書</p> <p>年 月 日</p> <p>届出府県長 様 (名称) 申請者 (代表者の職名・氏名)</p> <p>介護保険法に規定する事業所に係る指定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。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">申 請 書</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>主たる事業所の所在地</td> <td colspan="3">(郵便番号 -)</td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td>電話番号</td> <td>Fax</td> <td></td> </tr> <tr> <td>代表者の職名・氏名・生年月日</td> <td>フリガナ氏名</td> <td>性別</td> <td>生年</td> </tr> <tr> <td>代表者の住所</td> <td colspan="3">(郵便番号 -)</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">事 業 所</td> <td>事業等の種類</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="3">(郵便番号 -)</td> </tr> <tr> <td>当該事業所の所在地以外の施設に当該事業所の一泊として使用される事業所を有するときは</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">保 護 者</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="3">(郵便番号 -)</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="3">(郵便番号 -)</td> </tr> </table> <p>別添 1 誓約書 2 介護支援専門員一覧</p> </div>	申 請 書	フリガナ				主たる事業所の所在地	(郵便番号 -)			連絡先	電話番号	Fax		代表者の職名・氏名・生年月日	フリガナ氏名	性別	生年	代表者の住所	(郵便番号 -)			事 業 所	事業等の種類				フリガナ				所在地	(郵便番号 -)			当該事業所の所在地以外の施設に当該事業所の一泊として使用される事業所を有するときは				保 護 者	フリガナ				氏名	(郵便番号 -)			住所	(郵便番号 -)				削る																																																	
申 請 書		フリガナ																																																																																																				
		主たる事業所の所在地	(郵便番号 -)																																																																																																			
		連絡先	電話番号	Fax																																																																																																		
	代表者の職名・氏名・生年月日	フリガナ氏名	性別	生年																																																																																																		
代表者の住所	(郵便番号 -)																																																																																																					
事 業 所	事業等の種類																																																																																																					
	フリガナ																																																																																																					
	所在地	(郵便番号 -)																																																																																																				
	当該事業所の所在地以外の施設に当該事業所の一泊として使用される事業所を有するときは																																																																																																					
保 護 者	フリガナ																																																																																																					
	氏名	(郵便番号 -)																																																																																																				
	住所	(郵便番号 -)																																																																																																				
<p>様式第5号</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>様式第5号 (第5条関係) 指定地域密着型サービス事業所等指定申請書</p> <p>年 月 日</p> <p>届出府県長 様 (名称) 申請者 (代表者の職名・氏名) (名称及び代表者氏名)</p> <p>次のとおり指定を申請したいので届け出ます。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>指定を申請する施設</td> <td>介護保険事業所番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>指定を受けた年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td colspan="16"></td> </tr> <tr> <td>指定を申請する年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td colspan="16"></td> </tr> <tr> <td>指定を申請する理由</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td>既に施設に入居している者に對する措置</td> <td colspan="19"></td> </tr> </table> <p>備考 指定を申請する日の1月前までに届け出てください。</p> </div>	指定を申請する施設	介護保険事業所番号																			指定を受けた年月日	年	月	日																	指定を申請する年月日	年	月	日																	指定を申請する理由																				既に施設に入居している者に對する措置																				<p style="text-align: center;">附 則 (施行期日)</p> <p>1 この規則は、令和6年4月1日から施行する。</p> <p style="text-align: center;">(経過措置)</p> <p>2 この規則の施行の際現に提出されているこの規則による改正前の様式により使用されている書類は、この規則による改正後の様式によるものとみなす。</p>	削る
指定を申請する施設	介護保険事業所番号																																																																																																					
指定を受けた年月日	年	月	日																																																																																																			
指定を申請する年月日	年	月	日																																																																																																			
指定を申請する理由																																																																																																						
既に施設に入居している者に對する措置																																																																																																						