

○士別市指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所並びに指定介護予防支援事業所の指定等に関する規則

平成18年3月31日

規則第27号

改正 平成18年7月12日規則第53号

平成21年6月9日規則第36号

平成28年10月1日規則第74号

平成30年10月1日規則第77号

令和4年3月31日規則第19号

(趣旨)

第1条 この規則は、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。）に定めるもののほか、指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所並びに指定介護予防支援事業所の指定等に関し必要な事項を定めるものとする。

(指定の申請)

第2条 法第78条の2第1項及び第115条の12第1項並びに第115条の22の規定による申請は、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・指定介護予防支援事業所指定申請書（様式第1号）に、指定を受けようとするサービスごとに別表に掲げる様式を添付して行うものとする。

2 法第78条の2第1項及び第115条の12第1項の規定並びに法第115条の22第1項の規定により指定を受けた者は、その旨を当該指定に係る事業所の見やすい場所に標示するものとする。

(変更の届出等)

第3条 法第78条の5第1項及び第115条の15第1項並びに第115条の25第1項の規定による届出は、施行規則第131条の13第1項及び第140条の30第1項並びに第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事業所指定内容変更届出書（様式第18号）により、休止した事業の再開に係るものにあつては再開届出書（様式第19号）により、それぞれ行うものとする。

2 法第78条の5第2項及び第115条の15第2項並びに第115条の25第2項の規定による届出は、廃止・休止届出書（様式第20号）により行うものとする。

(指定の辞退)

第4条 法第78条の8の規定による指定の辞退は、指定辞退届出書（様式第21号）により行うものとする。

（指定の更新の申請）

第5条 法第78条の12及び第115条の21並びに第115条の31において準用する第70条の2の規定による申請は、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・指定介護予防支援事業所指定更新申請書（様式第22号）により行うものとする。

（指定介護予防支援の一部委託の届出）

第6条 施行規則第140条の35第1項の規定による届出は、指定介護予防支援の一部委託届出書（様式第23号）により行い、同条第2項の規定による届出は、指定介護予防支援の一部委託変更届出書（様式第24号）により行うものとする。

（事業所情報の提供）

第7条 市長は、第2条から第5条までの規定による指定、指定の更新又は届出の受理（以下この条において「指定等」という。）をしたときは、北海道、北海道国民健康保険団体連合会その他の機関に対して、当該指定等に係る事業所に関する情報のうち、次に掲げる事項を提供することができる。

- （1） 事業所の名称及び所在地
- （2） 当該事業所の指定の申請者の名称、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
- （3） 指定年月日
- （4） 事業開始年月日
- （5） 運営規程
- （6） 介護保険事業所番号
- （7） 管理者の氏名、生年月日及び住所
- （8） 役員の氏名、生年月日及び住所
- （9） 介護支援専門員の氏名及びその登録番号

（委任）

第8条 この規則に定めるもののほか、指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所並びに指定介護予防支援事業所の指定等に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

（施行期日）

- 1 この規則は、平成18年4月1日から施行する。

(指定等を行うために必要な準備)

- 2 市長は、この規則の施行日前においても、指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関し必要な手続きを行うことができる。

附 則 (平成18年7月12日規則第53号)

この規則は、公布の日から施行し、平成18年5月1日から適用する。

附 則 (平成21年6月9日規則第36号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (平成28年10月1日規則第74号)

この規則は、平成28年10月1日から施行する。

附 則 (平成30年10月1日規則第77号)

この規則は、平成30年10月1日から施行する。

附 則 (令和4年3月31日規則第19号)

この規則は、令和4年4月1日から施行する。

別表 (第2条関係)

指定地域密着型サービス事業所等の申請書に添付する書類

| サービス種別 | 申請様式 |
|----------------------------------|--|
| 1 夜間対応型訪問介護 | ア 指定申請書 (様式第1号) イ 事業所の指定に係る記載事項 (様式第2号) ウ 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 (様式第3号) |
| 2 認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型通所介護 | ア 指定申請書 (様式第1号) イ 事業所の指定に係る記載事項 (単独型・併設型) (様式第4号) ウ 事業所の指定に係る記載事項 (共用型) (様式第5号) エ 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 (様式第6号) |
| 3 小規模多機能型居宅介護 介護予防小規模多機能型居宅介護 | ア 指定申請書 (様式第1号) イ 事業所の指定に係る記載事項 (様式第7号) ウ 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 (様式第 8 号) |
| 4 認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護 | ア 指定申請書 (様式第 1 号) イ 事業所の指定に係る記載事項 (様式第 9 号) |
| 5 地域密着型特定施設入居者生活介護 | ア 指定申請書 (様式第 1 号) イ 事業所の指定に係る記載事項 (様式第 10号) |
| 6 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | ア 指定申請書 (様式第 1 号) イ 事業所の指定に係る記載事項 (様式第 11号) |
| 7 指定介護予防支援 | ア 指定申請書 (様式第 1 号) イ 事業所の指定に係る記載事項 (様式第 12号) |
| 8 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | ア 指定申請書 (様式第 1 号) イ 事業所の指定に係る記載事項 (様式第 13号) ウ 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 (様式第14号) |
| 9 地域密着型通所介護 | ア 指定申請書 (様式第 1 号) イ 事業所の指定に係る記載事項 (様式第 15号) ウ 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 (様式第16号) |
| 10 看護小規模多機能型居宅介護 | ア 指定申請書 (様式第 1 号) イ 事業所の指定に係る記載事項 (様式第 17号) |

様式第1号(第2条関係)

受付番号

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 指定申請書
 指定介護予防支援事業所

年 月 日

士別市長 様

所在地

申請者
 名称

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 | | 事業所所在市町村番号 | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | | (郵便番号 —) (ビルの名称等) | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | FAX番号 | | | |
| | 法人の種類 | | 法人所轄庁 | | | |
| 代表者 | 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 —) (ビルの名称等) | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 事業所等の所在地 | | (郵便番号 —) (ビルの名称等) | | | |
| | 同一所在地において行う事業の種類 | | 実施事業 | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | |
| | 地域密着型サービス | 夜間対応型訪問介護 | | | | 2・3 |
| | | 認知症対応型通所介護 | | | | 4・5・6 |
| | | 小規模多機能型居宅介護 | | | | 7・8 |
| | | 認知症対応型共同生活介護 | | | | 9 |
| | | 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | 10 |
| | | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | 11 |
| | | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | 13・14 |
| | | 地域密着型通所介護 | | | | 15・16 |
| 介護予防 | 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | 17 | |
| | 介護予防認知症対応型通所介護 | | | | 4・5・6 | |
| | 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | 7・8 | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | 9 | | |
| 介護予防支援 | | | | 12 | | |
| 介護保険事業所番号 | | (既に指定を受けている場合) | | | | |
| 指定を受けている市町村名 | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | |
| 地域包括支援センターの設置年月日(設置している場合に記入) | | | | | | |

- 備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
 2 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」等の別を記入してください。
 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 4 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
 5 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
 6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
 7 保険医療機関、保健薬局、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。
 8 既に地域密着型サービス事業所の指定を受けている事業者が、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の予定年月日」「当該申請に係る地域密着型介護予防サービス費の請求に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「役員の名、生年月日及び住所」「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、申請書への記載又は書類の提出を省略できます。また、既に地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、地域密着型サービス事業所の指定を受ける場合においても同様です。

様式第2号(第2条関係)

夜間対応型訪問介護事業所の指定に係る記載事項

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

| | | | | | | | | |
|-----------------|--|----------------|----------|-----------|--------|----|-------|----|
| 事業所 | フリガナ | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 —) | | | | | | |
| | | (ビルの特称等) | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | FAX番号 | | | |
| 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) | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 予定利用者数 | 人(うち他の市町村の予定利用者数 人) | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | |
| 基準上の必要人数(人) | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | |
| 主な揭示事項 | 営業日 | | | | | | | |
| | 営業時間 | | | | | | | |
| | 利用料 | 法定代理受領分(一割負担分) | | | | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | | | | | |
| | その他の費用 | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | | | | | |
| 添付書類 | 別添のとおり | | | | | | | |

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 他の市町村の区域においても事業の実施を予定している場合、「予定利用者数」欄に他の市町村の予定利用者数を記入してください。
- 3 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。
- 4 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様に記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 5 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況がわかるような料金表を提出してください。

様式第3号(第2条関係)

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の記載事項

受付番号

| | | | | |
|------------------------|--------|----------------|-------|--|
| 事業所 | フリガナ | | | |
| | 名称 | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 —) | | |
| | | (ビルの名称等) | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | FAX番号 | |
| 主な 掲 示 事 項 | 営業日 | | | |
| | 営業時間 | | | |
| | 利用料 | 法定代理受領分(一割負担分) | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | |
| | その他の費用 | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | |
| 添付書類 | 別添のとおり | | | |

- 備考 1 「受付番号」欄には、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

様式第4号(第2条関係)

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)

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

| | | | | | | |
|------------------------|--|--|----------------|-------------------|-----------|-------|
| 事業所 | フリガナ | | | | | |
| | 名称 | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 —) | | | | |
| | | (ビル of 名称等) | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | | |
| 併設事業所の種別、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 | | | | | |
| | 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 | | | | |
| 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) | | | | | | |
| 基準上の必要人数(人) | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | 基準上の必要数値 | 適合の可否 | | |
| | | | m ² | m ² 以上 | | |
| 主な 掲 示 事 項 | 営業日 | 単位ごとの営業日 | | | | |
| | 営業時間 | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :) | | | | |
| | 利用定員 | 人(単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人) | | | | |
| | 利用料 | 法定代理受領分(一割負担分) | | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | | | |
| | 食事の提供に要する費用 | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | | | |
| 添付書類 | 別添のとおり | | | | | |

- 備考1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は記入しないでください。
- 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。
 - 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のみ記載してください。
 - 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。
 - 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

様式第5号(第2条関係)

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)

受付番号

| | | | | | | |
|--|---|--|-----------|-----------|--------|--|
| 事業所 | フリガナ | | | | | |
| | 名称 | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 —) | | | | |
| | | (ビル of 名称等) | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | FAX番号 | | | |
| 共用する事業所の種別 | | | | 事業所番号 | | |
| 共用する事業所の名称 | | | | 開設年月日 | | |
| 本体の事業所等の入居者を含めた利用者数 | | | 人 | 当該事業の利用定員 |人 | |
| 管理者 | フリガナ | | | | | |
| | 氏名 | 住所 | (郵便番号 —) | | | |
| | | | | | | |
| | 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 | | | | | |
| 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) | | | | | | |
| 基準上の必要人数(人) | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | m ² | | | | |
| 主な 掲 示 事 項 | 営業日 | 単位ごとの営業日 | | | | |
| | 営業時間 | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :) | | | | |
| | 利用定員 | 人(単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人) | | | | |
| | 利用料 | 法定代理受領分(一割負担分) | | | | |
| | 食事の提供に要する費用 | 法定代理受領分以外 | | | | |
| | 通常の事業実施地域 | | | | | |
| 添付書類 | 別添のとおり | | | | | |

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄は記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「種別」欄には、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の別を記入してください。
- 4 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。
- 5 従業者の職種・員数については、本体事業と当該事業を合わせた員数を記載してください。
- 6 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

様式第6号(第2条関係)

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の記載事項

受付番号

| | | | | | | |
|------------------------|-------------|--|----------------|-------|-------------------|--|
| 事業所 | フリガナ | | | | | |
| | 名称 | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 —) | | | | |
| | | (ビルの名称等) | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | | |
| 食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積 | | | 基準上の必要数値 | | 適合の可否 | |
| | | | m ² | | m ² 以上 | |
| 主な 揭示 事項 | 営業日 | 単位ごとの営業日 | | | | |
| | 営業時間 | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :) | | | | |
| | 利用定員 | 人(単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人) | | | | |
| | 利用料 | 法定代理受領分(一割負担分) | | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | | | |
| | 食事の提供に要する費用 | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | | | |

備考1 「受付番号」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は記入しないでください。

- 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。
- 一のローテーションにおいて、事業所を複数有するときは、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。

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

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------------------|---------------|----------------|--------|--------------------------|-------|---------|-----|--|----------|--|
| 受付番号 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 併設施設等 | 種別 | 名称 | | | 事業所番号 | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | | (郵便番号 ー) | | | | | | | | |
| | 氏名 | | 住所 | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | |
| 通いサービスの利用者数(推定数を記入) 人 | | | | | | | | | | | |
| 登録定員 | | 人 | | | 通いサービスの利用定員 | | | 人 | | | |
| 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 | | | 専従 | | 専従 | | | | |
| | | 兼務 | | | 兼務 | | 兼務 | | | | |
| | | 常勤(人) | | | | | | | | | |
| | | 非常勤(人) | | | | | | | | | |
| 常勤換算後の人数 | | | | | | | | | | | |
| 基準上の必要人数(人) | | | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | | | |
| 建物構造概要 | 耐火構造物、準耐火構造物等の別 | | | | | | | | | | |
| | 居間及び食堂の合計面積 | | ㎡ | | 基準上の必要面積 | | | ㎡以上 | | 適合の可否 | |
| | 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 | | 基準上の必要数値 | |
| 主な揭示事項 | 営業日 | | | | | | | | | | |
| | 営業時間 | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | |
| | 利用料 | | 法定代理受領分(一割負担分) | | | | | | | | |
| | | | 法定代理受領分以外 | | | | | | | | |
| | 食事の提供に要する費用 | | | | | | | | | | |
| 宿泊に要する費用 | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | | | | | | | | |
| 協力医療機関 | 名称 | | | 主な診療科名 | | | | | | | |
| | 名称 | | | 主な診療科名 | | | | | | | |
| 運営推進会議の有無 | | 有 ・ 無 | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | 別添のとおり | | | | | | | | | |

備考1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

3 「併設施設等」欄には、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設の別を記載してください。

4 「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。

5 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

様式第8号(第2条関係)

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

受付番号

| | | | | | | | | |
|-----------|-----------------|-------------------|--|--------------------------|-------|--|----------|--------------|
| 事業所 | フリガナ | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 —) | | | | | | |
| | | (ビルの名称等) | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | FAX番号 | | | |
| 建物構造概要 | 耐火構造物、準耐火構造物等の別 | | | | | | | |
| | 居間及び食堂の合計面積 | ㎡ | | 基準上の必要面積 | ㎡以上 | | 適合の可否 | |
| | 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 | | 基準上の必要数値 | ㎡以上 適合の可否 |
| 主な揭示事項 | 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 | | | | | | |
| | 利用料 | 法定代理受領分(一割負担分) | | | | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | | | | | |
| | 食事の提供に要する費用 | | | | | | | |
| 宿泊に要する費用 | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | | | | | |

備考1 「受付番号」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

様式第9号(第2条関係)

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

受付番号

| | | | | | | | |
|-----------------|------------------------------------|----------------|------------|------------|--------|---------|----|
| 事業所 | フリガナ | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 ー) | | | | | |
| | | (ビルの名称等) | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | | | |
| 管理者 | フリガナ | | 住所 | (郵便番号 ー) | | | |
| | 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 | | | | | |
| 共同生活住居数 | 戸 | ① | ② | | | | |
| 利用者数(推定数を記入) | 人 | 人 | 人 | | | | |
| 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 | | | | / | |
| | | 基準上の必要人数(人) | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | |
| 主な揭示事項 | 居室数 | | 室 (うち個室 室) | 室 (うち個室 室) | | | |
| | 利用定員 | | 人 | 人 | | | |
| | 利用料 | 法定代理受領分(一割負担分) | | | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | | | | |
| その他の費用 | | | | | | | |
| 療協力関医 | 名称 | | | | 主な診療科名 | | |
| | 名称 | | | | 主な診療科名 | | |
| 耐火構造物、準耐火構造物等の別 | | | | | | | |
| 運営推進会議の有無 | | 有 ・ 無 | | | | | |
| 添付書類 | 別添のとおり | | | | | | |

- 備考1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 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 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

様式第 10 号(第 2 条関係)

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

受付番号

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------|------------------------------------|-------------------------|----------------|---|------|-------|-----------|-------|---------|---|---|---|
| 事業所 | フリガナ | | | | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 —) | | | | | | | | | | |
| | | (ビルの名称等) | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | | FAX番号 | | | | | | |
| 施設の区分 | 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 | | | | | |
| | 高齢者専用賃貸住宅 | | | | | | 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(兼務の場合のみ記入) | | 名称 | | | | | 事業所番号 | : | : | : | : |
| | | 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| 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 | | 専従 | | 専従 | | 専従 | | 専従 | | | |
| | 兼務 | | 兼務 | | 兼務 | | 兼務 | | 兼務 | | | |
| | 常勤(人) | | | | | | | | | | | |
| | 非常勤(人) | | | | | | | | | | | |
| | 常勤換算後の人数 | | | | | | | | | | | |
| | 基準上の必要人数(人) | | | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | | | | |
| 主な揭示事項 | 入居定員 | | | | | | | | | | | |
| | 居室数 | | | | | | | | | | | |
| | 利用料 | | 法定代理受領分(一割負担分) | | | | | | | | | |
| | その他の費用 | | 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | |
| 療協機力関医 | 名称 | | | | | | 主な診療科名 | | | | | |
| | 名称 | | | | | | 主な診療科名 | | | | | |
| | 名称 | | | | | | 主な診療科名 | | | | | |
| 建物概要 | 耐火建築物、準耐火建築物等の別 | | | | | | | | | | | |
| | 介護居室の1室の最大定員 | | 人 | | | | 基準上の必要人数 | | 適合の可否 | | | |
| 運営推進会議の有無 | | 有 ・ 無 | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | 別添のとおり | | | | | | | | | | |

- 備考1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 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 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

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

受付番号

| | | | | | | | | | |
|---|----------------|---------------|-------|------------------|-----------|-----------|--|----------------|--|
| 施設 | フリガナ | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 ー) | | | | | | | |
| | | (ビルの名称等) | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | FAX番号 | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | | 住所 | | (郵便番号 ー) | | | | |
| | 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 | | | | |
| 本体施設の有無 | | 有・無 | | | | | | | |
| 併設事業所の有無 | | 有・無 | | 併設事業所の名称、定員 | | | | | |
| 短期入所生活介護の実施の有無 | | 有・無 | | 事業の実施形態 空床型・併設型 | | | | | |
| 入所者数(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) | | | |
| 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) | | | | | | | | | |
| 基準上の必要人数(人) | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | |
| | | 栄養士 | | 機能訓練指導員 | | 介護支援専門員 | | 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) | | | | | | | | | |
| 基準上の必要人数(人) | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | |
| 設備基準上の数値記載項目等 | | 地域密着型介護老人福祉施設 | | | | 短期入所生活介護 | | | |
| | | 基準上の必要値 | | 適合の可否 | | 基準上の必要値 | | 適合の可否 | |
| 居室 | 1室の最大定員 | 人 | | 人以下 | | 人 | | 人以下 | |
| | 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 | | m | | m | |
| | 中廊下の幅 | m | | m | | m | | m | |
| 主な掲示事項 | | | | | | | | | |
| 入所(利用)定員 | | 人 | | | | 人 | | | |
| 利用料 | 法定代理受領分(一割負担分) | | | | | | | | |
| | 法定代理受領分以外 | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | | | | | | |
| 療協機力園医 | 名称 | | | | | 主な診療科名 | | | |
| | 名称 | | | | | 主な診療科名 | | | |
| 運営推進会議の有無 | | 有・無 | | | | | | | |
| 添付書類 | | 別添のとおり | | | | | | | |

- 備考1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 「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○を付してください。
 4 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主な掲示事項、設備基準上の数値記載項目等欄については、記載を要しません。
 5 「*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。
 6 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」欄に記載してください。
 7 当該指定地域密着型介護福祉施設サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型介護福祉施設サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

様式第 12 号(第 2 条関係)

指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

| | | | | | |
|---------------|---------------------------------------|------------------|---------------|---------------|-------|
| 事業所 | フリガナ | | | | |
| | 名 称 | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 —) | | | |
| | | (ビルの場合) | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | |
| 管理者 | フリガナ | (郵便番号 —) | | | |
| | 氏 名 | | | 住所 | |
| | 生年月日 | | | | |
| | 地域包括支援センターにおける他の職務との兼務の有無 | | | | 有 ・ 無 |
| | 同一敷地内の他の事業所、施設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 | | |
| 事業開始時の利用者の推定数 | | 人 | | | |
| 従業者の職種・員数 | | 担当職員 | | その他の職員(事務職員等) | |
| | | 専 従 | 兼 務 | 専 従 | 兼 務 |
| | | 常 勤(人) | | | |
| | 非常勤(人) | | | | |
| 掲示事項 | 営業日 | | | | |
| | 営業時間 | | | | |
| | 利用料 | 法定代理受領分以外 | | | |
| | その他の費用 | | | | |
| | 通常の事業実施地域 | | | | |
| 添付書類 | 別添のとおり | | | | |

- 備考 1 「受付番号」欄には、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」欄については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 5 「担当職員」については、指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第2条に規定する担当職員の員数を記載してください。

様式第13号(第2条関係)

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

受付番号

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|----------------|--|--------|--|----------|---------------|----------|----|--------|----|------|----|-----------|----|
| 事業所 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | FAX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 | | | 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 | (郵便番号 -) | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | / | | / | | / | | / | | / | |
| 基準上の必要人数(人) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主な揭示事項 | 営業日 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 営業時間 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 利用料 | 法定代理受領分(一割負担分) | | | | | | | | | | | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | | |
| | その他の費用 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 通常の事業実施地域 | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | |

- 備考
- 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 他の市町村の区域においても事業の実施を予定している場合、「予定利用者数」欄に他の市町村の予定利用者数を記入してください。
 - 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。
 - 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
 - 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

様式第 14 号 (第 2 条関係)

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
する場合の記載事項

受付番号

| | | | | |
|------------------------|-----------|-----------------|--------|--|
| 事業所 | フリガナ | | | |
| | 名 称 | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | FAX 番号 | |
| 主な 掲 示 事 項 | 営業日 | | | |
| | 営業時間 | | | |
| | 利用料 | 法定代理受領分 (一割負担分) | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | |
| | その他の費用 | | | |
| | 通常の事業実施地域 | | | |
| | 添付書類 | 別添のとおり | | |

備考 1 「受付番号」欄には記入しないでください。

2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

様式第 15 号 (第 2 条関係)

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

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

| | | | | | |
|------------------------|---|--|----------------|-------------------|---------|
| 事業所 | フリガナ | | | | |
| | 名称 | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | FAX 番号 | |
| 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 | | | |
| 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) | | | | | |
| 基準上の必要人数 (人) | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | 基準上の必要数値 | 適合の可否 | |
| | | | m ² | m ² 以上 | |
| 主な 掲 示 事 項 | 営業日 | 単位ごとの営業日 | | | |
| | 営業時間 | 単位ごとのサービス提供時間 (送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :) | | | |
| | 利用定員 | 人 (単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人) | | | |
| | 利用料 | 法定代理受領分 (一割負担分) | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | | |
| | その他の費用 | | | | |
| | 通常の事業実施地域 | | | | |
| 添付書類 | 別添のとおり | | | | |

備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

- 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。
- 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 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。
- 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。
- 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

様式第 16 号(第 2 条関係)

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の記載事項

受付番号

| | | | | | | |
|------------------------|------|--|----------|-------|-------|--|
| 事業所 | フリガナ | | | | | |
| | 名称 | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 —) | | | | |
| | | (ビル of 名称等) | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | | |
| 食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積 | | | 基準上の必要数値 | | 適合の可否 | |
| | | | ㎡ | | ㎡以上 | |
| 主な 掲 示 事 項 | 営業日 | 単位ごとの営業日 | | | | |
| | 営業時間 | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :) | | | | |
| | 利用定員 | 人(単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人) | | | | |
| | 利用料 | 法定代理受領分(一割負担分) | | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | | | |
| 食事の提供に要する費用 | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | | | |

備考1 「受付番号」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は記入しないでください。

2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

3 一のローテーションにおいて、事業所を複数有するときは、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。

様式第17号(第2条関係)

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

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|-----------------|---------------|---------------------|-------------|--|--------|---------|-------------|----------|------|-------------------|--|-----------|--|
| | | | | | | | | | | 受付番号 | | | | |
| 事業所 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | (郵便番号 -) | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | | 電話番号 | | | | FAX番号 | | | | | | | |
| 併設施設等 | 種別 | | | | | 名称 | | | | | 事業所番号 | | | |
| 訪問看護事業所の指定の有無 | | (有・無) | 病院、診療所、訪問看護ステーションの別 | | | | | | | | 事業所番号 | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |
| 通いサービスの利用者数(推定数を記入) | | | | | | | | | | 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 | | | | |
| 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) | | | | | | | | | | | | | | |
| 基準上の必要人数(人) | | | | | | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | | | | | | | | |
| 建築構造概要 | 耐火構造物、準耐火構造物等の別 | | | | | | | | | | | | | |
| | 居間及び食堂の合計面積 | | m ² | | 適合の可否 | | | | | | | | | |
| | 個室の宿泊室 | | 室 | | うち床面積6.4m ² 以上7.43m ² 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 | | m ² | | 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 | | 基準上の必要数値 | | m ² 以上 | | 適合の可否 | |
| 主な揭示事項 | 営業日 | | | | | | | | | | | | | |
| | 営業時間 | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | |
| | 利用料 | | 法定代理受領分(一割負担分) | | | | | | | | | | | |
| | | | 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | |
| | 食事の提供に要する費用 | | | | | | | | | | | | | |
| 宿泊に要する費用 | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | | | | | | | | | | | |
| 協力医療機関 | 名称 | | | | | 主な診療科名 | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | 主な診療科名 | | | | | | | | |
| 運営推進会議の有無 | | | 有・無 | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | |

備考1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別に記載した書類を添付してください。

い。

- 3 「併設施設等」欄には、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設の別を記載してください。
- 4 「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。
- 5 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

様式第 18 号(第 3 条関係)

事業所指定内容変更届出書

年 月 日

士別市長 様

所在地
事業者 名称
代表者氏名

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。

| サービスの種類 | | 介護保険事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|------------------------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 指定内容を変更した事業所(施設) | | 名称 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更があった事項 | | 変更の内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 事業所(施設)の名称 | (変更前) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 事業所(施設)の所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 申請者の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 主たる事務所の所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 登録事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 事業所(施設)の建物の構造、専用区画等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所 | (変更後) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | 運営規程 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | 本体施設、本体施設との移動経路等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 併設施設の状況等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変 更 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考1 該当項目番号に○を付してください。

2 変更内容がわかる書類を添付してください。

様式第 19 号(第 3 条関係)

再開届出書

年 月 日

士別市長 様

所在地
事業者 名 称
代表者氏名

次のとおり事業の再開をしましたので届け出ます。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 介護保険事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再開する事業所 | 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再開した年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考 施行規則に定める当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

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 指定更新申請書
 指定介護予防支援事業所

年 月 日

士別市長 様

所在地
 申請者
 名 称

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

| | |
|------------|--|
| 事業所所在市町村番号 | |
|------------|--|

| | | | | | | |
|--------------------|--|-----------------------|-------|------------|----------|--|
| 申請者 | フリガナ | | | | | |
| | 名 称 | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 —) (ビルの名称等) | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | FAX番号 | | |
| | 法人の種別 | | | 法人所轄庁 | | |
| | 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 —) (ビルの名称等) | | | | | |
| 事業所 | フリガナ | | | | | |
| | 名 称 | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 —) (ビルの名称等) | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | FAX番号 | | |
| | 当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき | | | | | |
| | フリガナ | | | | | |
| | 名 称 | | | | | |
| 所在地 | (郵便番号 —) (ビルの名称等) | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | FAX番号 | | | |
| 管理者の氏名、住所及び経歴 | フリガナ 氏名 | | | 生年月日 | 経歴別添のとおり | |
| 事業等の種類 | | | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | |
| 役員 | 氏名、生年月日及び住所 | | | | 別添のとおり | |
| 誓約書 | | | | | 別添のとおり | |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | | | | 別添のとおり | |

備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

2 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。

様式第1号 (第2条関係)
様式第2号 (第2条関係)
様式第3号 (第2条関係)
様式第4号 (第2条関係)
様式第5号 (第2条関係)
様式第6号 (第2条関係)
様式第7号 (第2条関係)
様式第8号 (第2条関係)
様式第9号 (第2条関係)
様式第10号 (第2条関係)
様式第11号 (第2条関係)
様式第12号 (第2条関係)
様式第13号 (第2条関係)
様式第14号 (第2条関係)
様式第15号 (第2条関係)
様式第16号 (第2条関係)
様式第17号 (第2条関係)
様式第18号 (第3条関係)
様式第19号 (第3条関係)
様式第20号 (第3条関係)
様式第21号 (第4条関係)
様式第22号 (第5条関係)
様式第23号 (第6条関係)
様式第24号 (第6条関係)