

○潮来市指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者及び指定介護予防サービス事業者の指定等に関する規則

平成30年3月29日

規則第5—2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。)、介護保険法施行令(平成10年政令第412号)及び介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号。以下「省令」という。)に定めるもののほか、指定居宅サービス事業者(法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者をいう。以下同じ。)、指定居宅介護支援事業者(法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。)及び指定介護予防サービス事業者(法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者をいう。以下同じ。)の指定等に関し必要な事項を定めるものとする。

(指定等の申請)

第2条 法第70条第1項、第79条第1項及び第115条の2第1項の指定の申請は、指定居宅サービス事業者・指定居宅介護支援事業者・指定介護予防サービス事業者指定申請書([様式第1号](#))により行わなければならない。

2 法第70条の2第1項(法第115条の11において準用する場合を含む。以下同じ。)及び第79条の2第1項の指定の更新の申請は、指定居宅サービス事業者・指定居宅介護支援事業者・指定介護予防サービス事業者指定更新申請書([様式第2号](#))により行わなければならない。

(掲示)

第3条 法第41条第1項本文、第46条第1項若しくは第53条第1項本文の指定又は法第70条の2第1項若しくは第79条の2第1項の指定の更新を受けた者は、その旨を当該指定又は更新に係る事業所の見やすい場所に掲示しなければならない。

(指定居宅サービス事業者の特例に係る別段の申出)

第4条 法第71条第1項ただし書(法第115条の11において準用する場合を含む。)及び第72条第1項ただし書(法第115条の11において準用する場合を含む。)の別段の申出は、指定を不要とする旨の申出書([様式第3号](#))により行わなければならない。

(変更等の届出)

第5条 法第75条第1項、第82条第1項及び第115条の5第1項の規定による届出は、変更に係るものであっては変更届出書([様式第4号](#))により、再開に係るものにおいて廃止・休止・再開届出書([様式第5号](#))により行わなければならない。

2 法第75条第2項、第82条第2項及び第115条の5第2項の規定による廃止又は休止の届出は、廃止・休止・再開届出書により行わなければならない。

(公示の事項)

第6条 法第76条の2第4項、第83条の2第4項及び第115条の8第4項の規定による公示は、[次の各号](#)に掲げる事項について行うものとする。

- (1) 介護保険事業所番号
- (2) 事業者又は開設者の名称又は氏名
- (3) 事業所又は施設の名称及び所在地
- (4) 命令の内容、履行期限及び年月日
- (5) サービスの種類

2 法第78条、第85条及び第115条の10の規定による公示は、それぞれ省令第131条の2、第133条の2及び第140条の23各号に掲げる事項のほか、介護保険事業所番号について行うものとする。

3 市長は、法第70条の2第1項又は第79条の2第1項の規定による指定の更新をしたときは、その旨を公示するものとする。

4 [第2項](#)の規定は、[前項](#)の規定による公示について準用する。

(情報の提供)

第7条 市長は、指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者又は指定介護予防サービス事業者に関する情報のうち、[次の各号](#)に掲げる事項を茨城県、茨城県国民健康保険団体連合会その他市長が必要と認める者に対して提供するものとする。

- (1) 事業所の名称及び所在地
- (2) 指定の申請者、主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所
- (3) 指定、指定に係る事項の変更、事業の廃止、休止若しくは再開、指定の更新若しくは取

消しの年月日又は指定の効力を停止する期間

- (4) 事業の開始年月日
 - (5) 運営規程
 - (6) 介護保険事業所番号
 - (7) [前各号](#)に定めるもののほか市長が必要と認める事項
- (補則)

第8条 [この規則](#)に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

[この規則](#)は、平成30年4月1日から施行する。

[様式第1号\(第2条関係\)](#)

受付番号

指定居宅サービス事業者・指定居宅介護支援事業者・指定介護予防サービス事業者指定申請書

年 月 日

潮来市長 様

申請者

住所

（主たる事務所の所在地）

氏名

（名称及び代表者の氏名）

印

介護保険法に規定する事業者の指定を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所所在地市町村番号

申請者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 都 道 郡 市 府 県 区 (ビルの名称等)				
	申請者連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種類			法人所轄庁		
	代表者の職・氏名	職名			フリガナ 氏名	
	代表者の住所	(郵便番号 -) 都 道 郡 市 府 県 区 (ビルの名称等)				
	フリガナ 名称					
指定を受けようとする事業・施設	事業所等の所在地	(郵便番号 -) 都 道 郡 市 府 県 区 (ビルの名称等)				
	事業所等の連絡先	電話番号			FAX番号	
	同一所在地において行う事業又は施設の種類の	実施事業又は開設施設	指定申請に係る事業等の開始予定年月日	既に指定を受けている事業等の指定年月日	備考	
	居宅サービス	訪問介護				付表1
		訪問入浴介護				付表2
		訪問看護				付表3
		訪問リハビリテーション				付表4
		居宅療養管理指導				付表5
		通所介護				付表6
		通所リハビリテーション				付表7
		短期入所生活介護				付表8
		短期入所療養介護				付表9
		特定施設入居者生活介護				付表10
		福祉用具貸与				付表11
		特定福祉用具販売				付表12
	介護予防サービス	居宅介護支援				付表13
		介護予防訪問介護				付表1
介護予防訪問入浴介護					付表2	
介護予防訪問看護					付表3	
介護予防訪問リハビリテーション					付表4	
介護予防居宅療養管理指導					付表5	
介護予防通所介護					付表6	
介護予防通所リハビリテーション					付表7	
介護予防短期入所生活介護					付表8	
介護予防短期入所療養介護					付表9	
介護予防特定施設入居者生活介護					付表10	
介護予防福祉用具貸与					付表11	
特定介護予防福祉用具販売				付表12		
介護保険事業所番号	:	:	:	:		
医療機関コード	:	:	:	:	事業所区分	

(裏面)

- 備考
- 1 「受付番号」欄及び「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 「法人の種類」欄には、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。また、申請者が許認可等により設立された法人であるときには、「法人所轄庁」欄に許認可等をした官公署の名称を記載してください。
 - 3 「実施事業又は開設施設」欄には、今回行う申請及び既にされている指定に係る事業について該当する欄に○印を付してください。
 - 4 「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄には、介護保険法施行法第4条、第5条、第7条又は第8条第1項の規定に基づき、指定又は許可があったとみなされる事業者又は施設については、「平成12年4月1日」と記載してください。
 - 5 「介護保険事業所番号」欄には、既に介護保険事業所番号が付されている場合に、その番号を記載してください。複数の番号が付されているときは、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。
 - 6 「医療機関コード」欄には、保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コードが付されている場合に、そのコードを記載してください。複数のコードが付されているときは、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。
 - 7 「事業所区分」欄には、医療機関コードが付されている場合に、「医科」、「歯科」、「老人保健施設」、「訪問看護ステーション」、「薬局」又は「その他（福祉系）」の別を記載してください。
 - 8 関係書類として、申請に係る事業所の種類に応じて介護保険法施行規則第114条から第126条まで、第132条、第134条、第136条、第138条又は第140条の3から第140条の15までに定める事項を記載した書類を添付してください。
 - 9 既に指定居宅サービス事業者の指定を受けている事業者が同種類の指定介護予防サービス事業者の指定を受ける場合（例：訪問介護事業者が介護予防訪問介護事業者の指定を受ける場合）又は既に指定介護予防事業者の指定を受けている事業者が同種類の指定居宅サービス事業者の指定を受ける場合（例：介護予防訪問介護事業者が訪問介護事業者の指定を受ける場合）において、申請に係る事業所の種類に応じて介護保険法施行規則第114条から第126条まで又は第140条の3から第140条の15までに定める事項に変更がないときは、これらの事項に係る書類を添付する必要はありません。

受付番号

指定居宅サービス事業者・指定居宅介護支援事業者・指定介護予防サービス事業者指定更新申請書

年 月 日

潮来市長 様

申請者

住所

（主たる事務所の所在地）

氏名

（名称及び代表者の氏名）

印

介護保険法に規定する事業者の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。

事業所所在地市町村番号

申請者	フリガナ 名 称						
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 -) 都 道 郡 市 府 県 区		(ビルの特称等)		
	申請者連絡先		電話番号	FAX番号			
	法人の種類別		法人所轄庁				
	代表者の職・氏名		職名	フリガナ 氏名			
	代表者の住所		(郵便番号 -) 都 道 郡 市 府 県 区		(ビルの特称等)		
指定の更新を受けようとする事業・施設	フリガナ 名 称						
	事業所等の所在地		(郵便番号 -) 都 道 郡 市 府 県 区		(ビルの特称等)		
	事業所等の連絡先		電話番号	FAX番号			
	更新を受けようとする事業又は施設の種類			更新事業又は更新施設 年月日	既に指定を受けている事業等の指定の有効期間満了		備考
	居宅サービス	訪問介護					付表1
		訪問入浴介護					付表2
		訪問看護					付表3
		訪問リハビリテーション					付表4
		居宅療養管理指導					付表5
		通所介護					付表6
		通所リハビリテーション					付表7
		短期入所生活介護					付表8
		短期入所療養介護					付表9
		特定施設入居者生活介護					付表10
		福祉用具貸与					付表11
特定福祉用具販売					付表12		
施設	居宅介護支援					付表13	
	介護老人福祉施設					付表14	
	介護老人保健施設					付表15	
介護予防サービス	介護療養型医療施設					付表16	
	介護予防訪問介護					付表1	
	介護予防訪問入浴介護					付表2	
	介護予防訪問看護					付表3	
	介護予防訪問リハビリテーション					付表4	
	介護予防居宅療養管理指導					付表5	
	介護予防通所介護					付表6	
	介護予防通所リハビリテーション					付表7	
	介護予防短期入所生活介護					付表8	
	介護予防短期入所療養介護					付表9	
	介護予防特定施設入居者生活介護					付表10	
	介護予防福祉用具貸与					付表11	
特定介護予防福祉用具販売					付表12		
介護保険事業所番号							
医療機関コード				事業所区分			

(裏面)

- 備考
- 1 「受付番号」欄及び「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 「法人の種類」欄には、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。また、申請者が許認可等により設立された法人であるときには、「法人所轄庁」欄に許認可等をした官公署の名称を記載してください。
 - 3 「実施事業又は開設施設」欄には、今回行う申請及び既にされている指定に係る事業について該当する欄に○印を付してください。
 - 4 「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄には、介護保険法施行法第4条、第5条、第7条又は第8条第1項の規定に基づき、指定又は許可があったとみなされる事業者又は施設については、「平成12年4月1日」と記載してください。
 - 5 「介護保険事業所番号」欄には、既に介護保険事業所番号が付されている場合に、その番号を記載してください。複数の番号が付されているときは、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。
 - 6 「医療機関コード」欄には、保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コードが付されている場合に、そのコードを記載してください。複数のコードが付されているときは、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。
 - 7 「事業所区分」欄には、医療機関コードが付されている場合に、「医科」、「歯科」、「老人保健施設」、「訪問看護ステーション」、「薬局」又は「その他（福祉系）」の別を記載してください。
 - 8 関係書類として、申請に係る事業所の種類に応じて介護保険法施行規則第114条から第126条まで、第132条、第134条、第136条、第138条又は第140条の3から第140条の15までに定める事項を記載した書類を添付してください。
 - 9 既に指定居宅サービス事業者の指定を受けている事業者が同種類の指定介護予防サービス事業者の指定を受ける場合（例：訪問介護事業者が介護予防訪問介護事業者の指定を受ける場合）又は既に指定介護予防事業者の指定を受けている事業者が同種類の指定居宅サービス事業者の指定を受ける場合（例：介護予防訪問介護事業者が訪問介護事業者の指定を受ける場合）において、申請に係る事業所の種類に応じて介護保険法施行規則第114条から第126条まで又は第140条の3から第140条の15までに定める事項に変更がないときは、これらの事項に係る書類を添付する必要はありません。

様式第3号(第4条関係)

指定を不要とする旨の申出書

年 月 日

潮来市長 様

申出者 住 所
(主たる事務所の所在地)
氏 名
(名称及び代表者の氏名)

印

次のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。

開設者	名 称
	施設種別
	所 在 地
管理者	氏 名
	住 所
申出に係る居宅サービス及び介護予防サービスの種類	1 訪問看護 2 介護予防訪問看護 3 訪問リハビリテーション 4 介護予防訪問リハビリテーション 5 居宅療養管理者指導 6 介護予防居宅療養管理指導 7 通所リハビリテーション 8 介護予防通所リハビリテーション 9 短期入所療養介護 10 介護予防短期入所療養介護
医療機関コード	

備考 申出を行う居宅サービス及び介護予防サービスについて○印を付してください。

[様式第4号\(第5条関係\)](#)

様式第4号(第5条関係)

変更届出書

年 月 日

潮来市長 様

届出者 住所
(主たる事務所の所在地)
氏名
(名称及び代表者の氏名)

印

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。

介護保険事業所番号	
指定内容を変更した事業所	名称
	所在地
	サービスの種類
変更があった事項	変更の内容
1 事業所の名称	(変更前)
2 事業所の所在地	
3 届出者の名称	
4 届出者の主たる事務所の所在地	
5 代表者の氏名及び住所	
6 定款、寄付行為、登記事項、条例等(当該事業に関するものに限る。)	
7 事業所の建物の構造、専用区画等	
8 入浴設備(訪問入浴介護及び介護予防訪問入浴介護に限る。)	
9 事業所の管理者の氏名及び住所	
10 サービス提供責任者の氏名及び住所	
11 運営規程	(変更後)
12 協力医療機関(病院)及び協力歯科医療機関	
13 事業所の種別	
14 提供する居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導の種類	
15 入院患者又は入所者の定員(短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護に限る。)	
16 福祉用具の保管及び消毒の方法(委託している場合にあつては、委託先の状況)	
17 併設施設の状況(介護保険施設に限る。)	
18 役員の氏名及び住所	
19 介護支援専門員の氏名及びその登録番号	
20 その他の事項	
変更年月日	年 月 日

- 備考
- 1 該当する項目番号に○を付してください。
 - 2 変更内容が分かる書類を添付してください。
 - 3 変更があった事項のうち1, 2, 7, 9から15まで及び19, 20の事項の変更の場合には、指定を受けた際に申請書に添付した付表を、変更があった事項を修正のうえ添付してください。
 - 4 9, 10, 19及び20の事項の変更の場合には、従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。
 - 5 介護老人保健施設の管理者に係る事項の変更については、市長の承認を受けた後に、この変更届出書を提出してください。

[様式第5号\(第5条関係\)](#)

様式第5号（第5条関係）

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

潮来市長 様

届出者 住所
(主たる事務所の所在地)
氏名
(名称及び代表者の氏名)

印

次のとおり事業の廃止・休止・再開について届け出ます。

	介護保険事業所番号
廃止・休止・再開事業所及び事業の種類	名称
	所在地
	事業の種類
廃止・休止・再開の別	廃止・休止・再開
廃止・休止・再開年月日	年 月 日
廃止・休止の理由	
現にサービスを受けていた者に対する措置（廃止・休止の場合のみ）	
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日

備考 1 事業の再開に係る届出にあつては、施行規則に定める当該事業に係る従業員の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

2 廃止・休止・再開の別については、該当に○印を付してください。

付表1 訪問介護・介護予防訪問介護事業者の記載事項

(表面)

受付番号

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -)										
		茨城県 郡市										
		(ビルの名称等)										
連絡先	電話番号						FAX番号					
当該事業の実施について定めてある定款、寄付行為等の条文							第 条 第 項 第 号					
管理者	フリガナ						(郵便番号 -)					
	氏名						住所					
	生年月日											
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記載)											
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記載)			事業所等の名称			兼務する職種及び勤務時間等					
主なサービス提供責任者	フリガナ						(郵便番号 -)					
	氏名						住所					
	生年月日											
	フリガナ						(郵便番号 -)					
	氏名						住所					
生年月日												
従業者	区分		訪問介護員等									
			専従				兼務					
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
	常勤換算後の人数(人)											
	基準以上の必要人数(人)											
適合の可否												
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間の休日		
	営業時間	平日	～		土曜	～		日曜・祝日	～			
	利用料	法定代理受領分										
		法定代理受領分以外										
	その他の費用											
	通常の事業実施地域	1	2		3		4		5			
	添付書類	備考										

- 備考 1 「受付番号」欄、「基準上の必要人数(人)」欄及び「適合の可否」欄には、記載しないでください。
- 2 「営業日」欄には、該当する欄に○印を付してください。
- 3 「利用料」欄及び「その他の費用」欄は、別に資料を添付することにより、記載を省略することができます。
- 4 出張所等がある場合は、出張所等の所在地及びサービス提供に当たる訪問介護員の人数を別に記載し、添付してください。
- 5 記載する欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別業としてください。

(裏面)

添付書類

- 1 申請者の定款，寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- 2 従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類
- 3 事業所の管理者の経歴書
- 4 サービス提供責任者の経歴書
- 5 事業所の平面図
- 6 運営規程
- 7 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要に関する書類
- 8 当該申請に係る事業に係る資産の状況に関する書類
- 9 申請する事業所の所在地以外の場所で，当該事業所の一部として使用される事務所に係る記載事項（該当する事務所がある場合に限りです。）に関する書類
- 10 誓約書
- 11 役員の氏名，生年月日及び住所を記載した名簿

付表2 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護事業者の記載事項

										受付番号					
事業所	フリガナ 名 称														
	所在地	(郵便番号 -)										茨城県		郡 市	
		(ビル等の名称等)													
	連絡先	電話番号				FAX番号									
当該事業の実施について定めてある定款、寄付行為等の条文										第 条 第 項 第 号					
管理者	フリガナ											(郵便番号 -)			
	氏 名											住所			
	生年月日														
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記載)														
兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合のみ記載)		事業所等の名称													
		兼務する職種及び勤務時間等													
従業者	区 分		看護職員				介護職員				/				
			専従		兼務		専従		兼務						
	常勤(人)														
	非常勤(人)														
	基準上の必要人数(人)														
適合の可否															
主な揭示事項	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日				
	営業時間		平日	~		土曜	~		日曜・祝日	~					
	利用料		法定代理受領分												
			法定代理受領分以外												
	その他の費用														
通常の事業実施地域		1	2		3		4		5						
備考:															
協力医療機関	名 称									主な診療科名					
	名 称									主な診療科名					
	名 称									主な診療科名					
添付書類		別添のとおり。													

- 備考 1 「受付番号」欄、「基準上の必要人数(人)」欄及び「適合の可否」欄には、記載しないでください。
 2 「営業日」欄には、該当する欄に○印を付してください。
 3 「利用料」欄及び「その他の費用」欄は、別に資料を添付することにより、記載を省略することができます。
 4 記載する欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別業としてください。

添付書類

- 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- 従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類
- 事業所の管理者の経歴書
- 事業所の平面図及び入浴設備の概要に関する書類
- 運営規程
- 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要に関する書類
- 当該申請に係る事業に係る資産の状況に関する書類
- 協力医療機関の概要及び協力医療機関との契約の内容に関する書類
- 誓約書
- 役員の氏名、生年月日及び住所を記載した名簿

付表3

付表3 訪問看護・介護予防訪問看護事業者の記載事項
(表面)

受付番号

事業所	フリガナ										
	名 称										
	所在地	(郵便番号 -) 茨城県 郡 市									
		(ビルの名称等)									
連絡先	電話番号					FAX番号					
当該事業の実施について定めてある定款、寄付行為等の条文						第 条 第 項 第 号					
病院、診療所又は訪問看護ステーションの別											
管理者	フリガナ					(郵便番号 -)					
	氏 名					住所					
	生年月日										
	職 種					登録番号					
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記載)										
兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記載)	事業所等の名称										
	兼務する職種及び勤務時間等										
従業者	区 分	看護師		保健師		准看護師		理学療法士・作業療法士			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤(人)										
	非常勤(人)										
	常勤換算後の人数 (人)										
	基準上の必要人数 (人)										
適合の可否											
事業所を兼用する事業名 (兼用の場合のみ記載)											
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日	
	営業時間	平日	～		土曜	～		日曜・祝日	～		
		備考									
	利用料	法定代理受領分									
		法定代理受領分以外									
	その他の費用										
通常の事業実施地域	1	2		3		4		5			
	備考										
添付書類	別添のとおり。										

- 備考
- 「受付番号」欄、「基準上の必要人数 (人)」欄及び「適合の可否」欄には、記載しないでください。
 - 「営業日」欄には、該当する欄に○印を付してください。
 - 「利用料」欄及び「その他の費用」欄は、別に資料を添付することにより、記載を省略することができます。
 - 申請に係る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は、その事務所の名称及び所在地について、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。
 - 記載する欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別葉としてください。

(裏面)

添付書類

- 1 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等（法人以外の者が開設する病院又は診療所の場合は必要ありません。）
- 2 病院の使用許可証、診療所の使用許可証又は届出書等の写し（病院又は診療所の場合に限ります。）
- 3 従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類
- 4 管理者の免許証の写し（訪問看護ステーションの場合に限ります。）
- 5 事業所の平面図
- 6 運営規程
- 7 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要に関する書類
- 8 当該申請に係る事業に係る資産の状況に関する書類（訪問看護ステーションの場合に限ります。）
- 9 申請者する事業所の所在地以外の場所で、当該事業所の一部として使用される事務所に係る記載事項に関する書類（該当する事務所がある場合に限ります。）
- 10 誓約書
- 11 役員の氏名、生年月日及び住所を記載した名簿

付表4 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業者の記載事項

受付番号												
事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -) 茨城県 郡市										
		(ビルの名称等)										
連絡先	電話番号							FAX番号				
当該事業の実施について定めてある定款、寄付行為等の条文							第 条 第 項 第 号					
病院、診療所の別												
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)					
	氏名											
	生年月日											
従業者	区分		理学療法士・作業療法士		/							
			専従	兼務								
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
主な 揭示 事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		
	営業時間	平日	～		土曜	～		日曜・祝日	～			
		備考										
	利用料	法定代理受領分										
		法定代理受領分以外										
	その他の費用											
	通常の事業実施地域	1	2		3	4	5					
備考												
添付書類	別添のとおり。											

- 備考
- 「受付番号」欄には、記載しないでください。
 - 「営業日」欄には、該当する欄に○印を付してください。
 - 「利用料」欄及び「その他の費用」欄は、別に資料を添付することにより、記載を省略することができます。
 - 記載する欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別業としてください。

添付書類

- 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等（法人以外の者が開設する病院又は診療所の場合は必要ありません。）
- 病院の使用許可証、診療所の使用許可証又は届出書等の写し（病院又は診療所の場合に限ります。）
- 従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類
- 事業所の平面図
- 運営規程
- 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要に関する書類
- 当該申請に係る事業に係る資産の状況に関する書類
- 誓約書
- 役員の氏名、生年月日及び住所を記載した名簿

付表5

付表5 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導事業者の記載事項

		受付番号											
事業所	フリガナ												
	名称												
	所在地	(郵便番号 -) 茨城県 郡市											
		(ビルの名称等)											
連絡先	電話番号			FAX番号									
当該事業の実施について定めてある定款、寄付行為等の条文				第	条第	項第	号						
病院、診療所、薬局又は訪問看護ステーションの別													
管理者	フリガナ			(郵便番号 -)									
	氏名			住所									
	生年月日												
従業者	区分	医師	歯科医師	薬剤師	歯科衛生士	管理栄養士	看護職員						
	常勤(人)												
	非常勤(人)												
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間 の休日			
	営業時間	平日			～			土曜		～	日曜・ 祝日		～
		備考											
	利用料	法定代理受領分											
		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、記載しないでください。
 - 2 「歯科衛生士」には、歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師及び準看護師を含みます。
 - 3 「看護職員」とは、歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師及び準看護師を除いた保健師、看護師及び準看護師をいいます。
 - 4 「営業日」欄には、該当する欄に○印を付してください。
 - 5 「利用料」欄及び「その他の費用」欄は、別に資料を添付することにより、記載を省略することができます。
 - 6 記載する欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別業としてください。

添付書類

- 1 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等（法人以外の者が開設する病院、診療所又は薬局の場合は必要ありません。）
- 2 病院の使用許可証、診療所の使用許可証又は届出書等の写し（病院又は診療所の場合に限ります。）
- 3 薬局の開設許可証の写し（薬局の場合に限ります。）
- 4 訪問看護ステーションの指定通知の写し（訪問看護ステーションの場合に限ります。）
- 5 従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類
- 6 事業所の平面図
- 7 運営規程
- 8 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要に関する書類
- 9 誓約書
- 10 役員の氏名、生年月日及び住所を記載した名簿

付表6

付表6 通所介護・介護予防通所介護事業者の記載事項
(表面)

受付番号

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -) 茨城県 郡市 (ビルの場合)										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
当該事業の実施について定めてある定款、寄付行為等の条文		第 条 第 項 第 号										
管理者	フリガナ	(郵便番号 -)										
	氏名	住所										
	生年月日											
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記載)											
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記載)	事業所等の名称	兼務する職種及び勤務時間等									
実施単位数	単位	同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限							人			
単位別従業者	区分	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
	基準上の必要人数(人)											
適合の可否												
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡				基準上の必要数値		適合の可否				
						㎡以上						
主な揭示事項	定員	人										
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		
	営業時間	平日	～		土曜		～		日曜・祝日		～	
		備考										
	利用料	法定代理受領分										
		法定代理受領分以外										
	その他の費用											
通常の事業実施地域	1	2		3		4		5				
	備考											
添付書類	別添のとおり。											

- 備考 1 「受付番号」欄、「基準上の必要人数(人)」欄、「適合の可否」欄及び「基準上の必要数値」欄には、記載しないでください。
- 2 「営業日」欄には、該当する欄に○印を付してください。
- 3 「利用料」欄及び「その他の費用」欄は、別に資料を添付することにより、記載を省略することができます。
- 4 申請に係る事業所内で複数の単位を実施する場合は、2単位目以降に係る単位当たりの従業者、定員、営業日及び営業時間を別紙1に記載し、添付してください。
- 5 申請に係る事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部を実施する施設を有するときは、別紙2に必要な事項を記載し、添付してください。
- 6 記載する欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別葉としてください。

(裏面)

添付書類

- 1 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- 2 従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類
- 3 事業所の管理者の経歴書
- 4 事業所の平面図（設備の概要を記載してください。）
- 5 運営規程
- 6 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要に関する書類
- 7 当該申請に係る事業に係る資産の状況に関する書類
- 8 誓約書
- 9 役員の氏名、生年月日及び住所を記載した名簿

別紙1 複数の単位を実施する通所介護・介護予防通所介護事業者の記載事項（2単位目以降）

受付番号

事業所	フリガナ																		
	名称																		
単位	単位別従業者	区分		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員									
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務								
		常勤(人)																	
		非常勤(人)																	
		基準上の必要人数(人)																	
	適合の可否																		
	主な揭示事項	定員		人															
		営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日							
		営業時間		平日	～		土曜	～		日曜・祝日	～								
	備考																		
	単位	単位別従業者	区分		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員								
					専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務							
常勤(人)																			
非常勤(人)																			
基準上の必要人数(人)																			
適合の可否																			
主な揭示事項		定員		人															
		営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日							
		営業時間		平日	～		土曜	～		日曜・祝日	～								
備考																			
単位		単位別従業者	区分		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員								
					専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務							
	常勤(人)																		
	非常勤(人)																		
	基準上の必要人数(人)																		
	適合の可否																		
	主な揭示事項	定員		人															
		営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日							
		営業時間		平日	～		土曜	～		日曜・祝日	～								
	備考																		

備考 1 「受付番号」欄、「基準上の必要人数(人)」欄及び「適合の可否」欄には、記載しないでください。
 2 「営業日」欄には、該当する欄に○印を付してください。

別紙2 通所介護・介護予防通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号

事業所	フリガナ														
	名称														
一部事業施設			施設												
一部事業所	フリガナ														
	名称														
	所在地	(郵便番号 - 郡市) 茨城県 郡市													
	(ビルの名称等)														
連絡先	電話番号							FAX番号							
同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限											人				
従業者	区分	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		/					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務						
	常勤(人)														
非常勤(人)															
食堂及び機能訓練室の合計面積											㎡				
主な 掲示 事項	定員											人			
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日					
	営業時間	平日	～		土曜	～		日曜・祝日	～						
備考															
添付書類		平面図													
一部事業所	フリガナ														
	名称														
	所在地	(郵便番号 - 郡市) 茨城県 郡市													
	(ビルの名称等)														
連絡先	電話番号							FAX番号							
同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限											人				
従業者	区分	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		/					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務						
	常勤(人)														
非常勤(人)															
食堂及び機能訓練室の合計面積											㎡				
主な 掲示 事項	定員											人			
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日					
	営業時間	平日	～		土曜	～		日曜・祝日	～						
備考															
添付書類		平面図													

- 備考
- 1 「受付番号」欄には、記載しないでください。
 - 2 「営業日」欄には、該当する欄に○印を付してください。
 - 3 1単位サービスにおいて、一部事業を実施する施設を複数有するときは、適宜欄を設けて記載するか、又は別葉としてください。
 - 4 記載する欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別葉としてください。

付表7 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業者の記載事項
(表面)

受付番号

事業所	フリガナ												
	名称												
	所在地	(郵便番号 -) 茨城県 郡市 (ビルの場合)											
	連絡先	電話番号						FAX番号					
当該事業の実施について定めてある定款、寄付行為等の条文 第 条 第 項 第 号													
管理者	フリガナ	(郵便番号 -)											
	氏名	住所											
	生年月日												
	管理者代行者が選任されている場合	医師				作業療法士				代表者名	フリガナ		
	理学療法士				常勤の看護師				氏名				
事業所の種別	病院				診療所(1)				診療所(2)				
実施単位数	単位												
医師数	常勤						人	一日当たりの総利用者推定数					
	非常勤						人	人					
従業者	区分	理学療法士			作業療法士			言語聴覚士		看護職員		介護職員	
	常勤(人)												
	非常勤(人)												
適合の可否													
専用の部屋等の面積							m ²	基準上の必要数値		適合の可否			
主な 揭示 事項	定員	人											
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日			
	営業時間	平日	~			土曜			~		日曜・祝日		~
		備考											
	利用料	法定代理受領分											
		法定代理受領分以外											
	その他の費用												
	通常の事業実施地域	1	2			3			4		5		
備考													
添付書類	別添のとおり。												

- 備考
- 1 「受付番号」欄、「適合の可否」欄及び「基準上の必要数値」欄には、記載しないでください。
 - 2 「管理代行者が選任されている場合」欄には、該当する欄に○印を付してください。
 - 3 「事業所の種別」欄には、該当する欄に○印を付してください。診療所(1)とは、サービスの提供が同時に11人以上の利用者に対して一体的に行われるものをいい、診療所(2)とは、サービスの提供が同時に10人以下の利用者に対して一体的に行われるものをいいます。
 - 4 「営業日」欄には、該当する欄に○印を付してください。
 - 5 「利用料」欄及び「その他の費用」欄は、別に資料を添付することにより、記載を省略することができます。
 - 6 申請に係る事業所内で複数の単位を実施する場合は、2単位目以降に係る単位当たりの従業者、定員、営業日及び営業時間を別紙に記載し、添付してください。
 - 7 記載する欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別業としてください。

(裏面)

添付書類

- 1 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等（法人以外の者が開設する病院又は診療所の場合は必要ありません。）
- 2 病院の使用許可証、診療所の使用許可証又は届出書等の写し（病院又は診療所の場合に限ります。）
- 3 従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類
- 4 事業所に勤務の経験がある看護師の経歴書
- 5 事業所の平面図（設備の概要を記載してください。）
- 6 運営規程
- 7 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要に関する書類
- 8 当該申請に係る事業に係る資産の状況に関する書類
- 9 誓約書
- 10 役員の氏名、生年月日及び住所を記載した名簿

別紙 複数の単位を実施する通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業者の記載事項

受付番号

事業所	フリガナ											
	名称											
単位	単位別従業者	区分				員数		基準上の必要人数(人)	適合の可否			
		理学療法士	1	当該単位につき毎日従事する者	常勤	非常勤						
		作業療法士	2	週1日以上従事する上記以外の者								
		看護職員	3	経験看護師等								
			4	上記3以外の看護職員								
	介護職員											
	主な揭示事項	営業時間	平日	～	土曜	～	日曜・祝日	～				
		備考										
	定員	人										
	単位	単位別従業者	区分				員数		基準上の必要人数(人)	適合の可否		
理学療法士			1	当該単位につき毎日従事する者	常勤	非常勤						
作業療法士			2	週1日以上従事する上記以外の者								
看護職員			3	経験看護師等								
			4	上記3以外の看護職員								
介護職員												
主な揭示事項		営業時間	平日	～	土曜	～	日曜・祝日	～				
		備考										
定員		人										
単位		単位別従業者	区分				員数		基準上の必要人数(人)	適合の可否		
	理学療法士		1	当該単位につき毎日従事する者	常勤	非常勤						
	作業療法士		2	週1日以上従事する上記以外の者								
	看護職員		3	経験看護師等								
			4	上記3以外の看護職員								
	介護職員											
	主な揭示事項	営業時間	平日	～	土曜	～	日曜・祝日	～				
		備考										
	定員	人										
	単位	単位別従業者	区分				員数		基準上の必要人数(人)	適合の可否		
理学療法士			1	当該単位につき毎日従事する者	常勤	非常勤						
作業療法士			2	週1日以上従事する上記以外の者								
看護職員			3	経験看護師等								
			4	上記3以外の看護職員								
介護職員												
主な揭示事項		営業時間	平日	～	土曜	～	日曜・祝日	～				
		備考										
定員		人										

備考 1 「受付番号」欄、「基準上の必要人数(人)」欄及び「適合の可否」欄には、記載しないでください。
2 記載する欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別葉としてください。

付表8-1 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業者の記載事項（単独型）
（表面）

受付番号

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -) 茨城県 都市									
		(ビルの名称等)									
	連絡先	電話番号				FAX番号					
当該事業の実施について定めてある定款、寄付行為等の条文 第 条 第 項 第 号											
管理者	フリガナ				(郵便番号 -)						
	氏名				住所						
	生年月日										
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記載）										
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設（兼務の場合のみ記載）					事業所等の名称 兼務する職種及び勤務時間等					
利用者の推計数				人							
従業者	区分			医師		生活相談員		看護職員		介護職員	
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤（人）										
	非常勤（人）										
	常勤換算後の人数（人）			/							
	基準上の必要人数（人）										
	適合の可否										
	区分			栄養士		機能訓練指導員		栄養士を配置していない場合の措置			
				専従	兼務	専従	兼務				
	常勤（人）										
	非常勤（人）										
	基準上の必要人数（人）										
	適合の可否										
	設備基準上の数値記載項目	区分							基準上の必要数値	適合の可否	
居室		1室当たりの最大定員					人	人以下			
		利用者1人当たりの最小床面積					m ²	m ² 以上			
食堂及び機能訓練室の合計面積					m ²	m ² 以上					
廊下		片廊下の幅					m	m以上			
		中廊下の幅					m	m以上			
耐火建築物、準耐火建築物の別											
主な揭示事項	定員			人							
	利用料			法定代理受領分							
				法定代理受領分以外							
	その他の費用										
	通常の事業実施地域			1	2	3	4	5			
備考											
協力医療機関	名称					主な診療科名					
	名称					主な診療科名					
	名称					主な診療科名					
	名称					主な診療科名					
添付書類			別添のとおり。								

(裏面)

- 備考
- 1 「受付番号」欄,「基準上の必要人数(人)」欄,「適合の可否」欄及び「基準上の必要数値」欄には,記載しないでください。
 - 2 「利用料」欄及び「その他の費用」欄は,別に資料を添付することにより,記載を省略することができます。
 - 3 記載する欄が不足する場合は,適宜欄を設けて記載するか,又は別葉としてください。
 - 4 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には,当該指定居宅サービスの部分とそれ以外のサービスの部分の料金の状況が分かる料金表を提出してください。

添付書類

- 1 申請者の定款,寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- 2 従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類
- 3 事業所の管理者の経歴書
- 4 建物の構造概要及び平面図(設備の概要を記載してください。)
- 5 運営規程
- 6 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要に関する書類
- 7 当該申請に係る事業に係る資産の状況に関する書類
- 8 協力医療機関の概要及び協力医療機関との契約の内容に関する書類
- 9 誓約書
- 10 役員の氏名,生年月日及び住所を記載した名簿

付表8-2 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業者の記載事項（本体施設が特別養護老人ホーム以外の場合の併設事業所型）

（表面）

受付番号

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -)									
		茨城県 都市									
		(ビルの名称等)									
連絡先	電話番号					FAX番号					
当該事業の実施について定めてある定款、寄付行為等の条文											第 条 第 項 第 号
管理者	フリガナ					(郵便番号 -)					
	氏名					住所					
	生年月日										
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合のみ記載)		事業所等の名称								
		兼務する職種及び勤務時間等									
空床型・併設型の別			空床型・併設型			本体施設の種別					
入所者数		人				短期入所利用者数				人	
従業者	区分		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	
	本体施設の施設等従事者数	常勤(人)									
		非常勤(人)									
	短期入所生活介護従事者数	常勤(人)	/								
		非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)										
	基準上の必要人数(人)										
	適合の可否										
	区分		栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置していない場合の措置		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
	本体施設の施設等従事者数	常勤(人)									
		非常勤(人)									
	短期入所生活介護従事者数	常勤(人)	/								
	非常勤(人)										
基準上の必要人数(人)											
適合の可否											
設備基準上の数値	区分		基準上の必要数値				適合の可否				
	居室	1室当たりの最大定員	人				人以下				
		利用者1人当たりの最小床面積	㎡				㎡以上				
	廊下	片廊下の幅	m				m以上				
		中廊下の幅	m				m以上				
	食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡				㎡以上				
	建物の構造及び面積										
入所・入院定員		人				短期入所利用定員数		人			
主な揭示事項	利用料		法定代理受領分								
			法定代理受領分以外								
	その他の費用										
	通常の送迎の実施地域	1	2	3	4	5					
備考											
協力医療機関	名称					主な診療科名					
	名称					主な診療科名					
	名称					主な診療科名					
	名称					主な診療科名					
添付書類		別添のとおり。									

(裏面)

- 備考
- 1 「受付番号」欄、「基準上の必要人数(人)」欄、「適合の可否」欄及び「基準上の必要数値」欄には、記載しないでください。
 - 2 「空床型・併設型の別」欄には、該当するもののいずれか一方又は両方に○印を付してください。
 - 3 「利用料」欄及び「その他の費用」欄は、別に資料を添付することにより、記載を省略することができます。
 - 4 記載する欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別葉としてください。
 - 5 本様式は、本体施設が特別養護老人ホーム以外の場合であって、本体施設と一体的に運営が行われる事業所であるときに使用してください。
 - 6 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービスの部分とそれ以外のサービスの部分の料金の状況が分かる料金表を提出してください。

添付書類

- 1 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- 2 従業員の勤務体制及び勤務形態に関する書類
- 3 事業所の管理者の経歴書
- 4 建物の構造概要及び平面図（設備の概要を記載してください。）
- 5 運営規程
- 6 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要に関する書類
- 7 当該申請に係る事業に係る資産の状況に関する書類
- 8 協力医療機関の概要及び協力医療機関との契約の内容に関する書類
- 9 誓約書
- 10 役員の氏名、生年月日及び住所を記載した名簿

(裏面)

- 6 本様式は、本体施設が特別養護老人ホームの空床を利用して事業を行う場合又は施設に併設する事業所において事業を行う場合に係る申請に使用してください。
- 7 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービスの部分とそれ以外のサービスの部分の料金の状況が分かる料金表を提出してください。

添付書類

- 1 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- 2 従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類
- 3 事業所の管理者の経歴書
- 4 建物の構造概要及び平面図（設備の概要を記載してください。）
- 5 運営規程
- 6 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要に関する書類
- 7 当該申請に係る事業に係る資産の状況に関する書類
- 8 協力医療機関の概要及び協力医療機関との契約の内容に関する書類
- 9 誓約書
- 10 役員の氏名、生年月日及び住所を記載した名簿

付表9 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業者の記載事項

(表面)

		受付番号				
事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -) 茨城県 郡市				
		(ビルの名称等)				
連絡先	電話番号	FAX番号				
当該事業の実施について定めてある定款、寄付行為等の条文		第	条 第			
事業所種別	①介護老人保健施設		※該当する事業所種別に○を記入すること。			
	②指定介護療養型医療施設					
	③療養病床を有する病院・診療所					
	④診療所					
	⑤老人性認知症疾患療養病棟を有する病院					
指定申請を行う病棟部分の入院患者又は利用者の定員			人			
指定申請を行う病棟部分の入院患者の数(上記④又は⑤に該当する場合に記入すること。)			人			
管理者	フリガナ	(郵便番号 -)				
	氏名	住所				
	生年月日					
指定申請を行う病棟部分の従業者の職種・員数(上記④又は⑤に該当する場合に記入すること。)	担当医師	看護職員 専従 兼務	介護職員 専従 兼務	作業療法士 専従 兼務	精神保健福祉士等 専従 兼務	一看護単位当たりの病床数
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						
指定申請を行う病棟(病室)部分の設備基準上の数値記載項目(上記④又は⑤に該当する場合に、該当部分に記入すること。)					基準上の必要数値	適合の可否
④	利用者1人当たりの床面積		m ²	m ² 以上		
病室	1病室の床面積		床	床以上		
	入院患者1人当たりの床面積		m ²	m ² 以上		
⑤	老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床面積		m ²	m ² 以上		
廊下	片廊下の幅		m	m以上		
	中廊下の幅		m	m以上		
生活機能回復訓練室の面積			m ²	m ² 以上		
ディールームと面会室との合計面積			m ²	m ² 以上		
主な事項示	利用料	法定代理受領分(1割負担分)				
		法定代理受領分以外				
	その他の費用					
通常の送迎の実施地域						
添付書類	別添のとおり。					

- 備考 1 「受付番号」欄、「基準上の必要人数(人)」欄、「適合の可否」欄及び「基準上の必要数値」欄には、記載しないください。
- 2 「事業所の種別」欄には、該当する欄に○印を付してください。
- 3 「指定申請を行う病棟部分の入院患者又は利用者の定員」欄には、当該施設のうち短期入所療養介護に供する部分の定員について記載してください。
- 4 「利用料」欄及び「その他の費用」欄は、別に資料を添付することにより、記載を省略することができます。

(裏面)

- 5 記載する欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別業としてください。
- 6 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービスの部分とそれ以外のサービスの部分の料金の状況が分かる料金表を提出してください。

添付書類

- 1 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等（法人以外の者が開設する病院又は診療所の場合は必要ありません。）
- 2 病院の使用許可証、診療所の使用許可証又は届出書等の写し（病院又は診療所の場合に限ります。）
- 3 従業員の勤務体制及び勤務形態に関する書類
- 4 建物の構造概要及び平面図（設備の概要を記載してください。）
- 5 運営規程
- 6 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要に関する書類
- 7 当該申請に係る事業に係る資産の状況に関する書類
- 8 協力医療機関の概要及び協力医療機関との契約の内容に関する書類
- 9 誓約書
- 10 役員の氏名、生年月日及び住所を記載した名簿

付表 10 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護事業者の記載事項
(表面)

										受付番号		
事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地 (郵便番号 -) 茨城県 郡市 (ビルの名称等)											
	連絡先				電話番号			FAX番号				
当該事業の実施について定めてある定款、寄付行為等の条文										第 条 第 項 第 号		
施設区分	有料老人ホーム			施設開設年月日			年 月 日					
	軽費老人ホーム											
	高齢者専用賃貸住宅											
	介護老人ホーム											
入居者の要件	介護専用型											
	介護専用型以外											
サービスの提供形態	一般型											
	外部サービス利用型											
管理者	フリガナ			住所			(郵便番号 -)					
	氏名											
	生年月日											
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記載)											
兼務する同一敷地内の他の事業所 又は施設 (兼務の場合のみ記載)			事業所等の名称									
			兼務する職種及び勤務時間等									
利用者数		要介護者			人			要支援者			人	
従業者	区分		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤 (人)											
	非常勤 (人)											
	常勤換算後の人数 (人)											
	基準上の必要人数 (人)											
適合の可否												
主な揭示事項	入居定員			人								
	居室数			室								
	利用料			法定代理受領分 (1割負担分)								
				法定代理受領分以外								
その他の費用												
協力医療機関	名称					主な診療科名						
	名称					主な診療科名						
	名称					主な診療科名						
	名称					主な診療科名						
建物概要	耐火建築物、準耐火建築物その他の別											
	介護居室の1室の最大定員			人			基準上の必要数値		適合の可否			
						人以下						
添付書類		別添のとおり。										

備考 1 「受付番号」欄、「基準上の必要人数 (人)」欄、「適合の可否」欄及び「基準上の必要数値」欄には、記載しないでください。

(裏面)

- 2 「施設区分」欄, 「入居者の要件」欄及び「サービスの提供形態」欄には, 該当する欄に○印を付してください。
- 3 「利用料」欄及び「その他の費用」欄は, 別に資料を添付することにより, 記載を省略することができます。
- 4 記載する欄が不足する場合は, 適宜欄を設けて記載するか, 又は別葉としてください。
- 5 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には, 当該指定居宅サービスの部分とそれ以外のサービスの部分の料金の状況が分かる料金表を提出してください。

添付書類

- 1 申請者の定款, 寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- 2 従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類
- 3 事業所の管理者の経歴書
- 4 建物の構造概要及び平面図 (設備の概要を記載してください。)
- 5 運営規程
- 6 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要に関する書類
- 7 当該申請に係る事業に係る資産の状況に関する書類
- 8 協力医療機関 (協力歯科医療機関) の概要及び協力医療機関 (協力歯科医療機関) との契約の内容に関する書類
- 9 誓約書
- 10 役員の氏名, 生年月日及び住所を記載した名簿
- 11 介護支援専門員の氏名及びその登録番号を記載した書類
- 12 外部サービス利用型特定施設の場合にあっては, 受託サービス事業者の名称及び所在地並びに当該事業者が行う事業の事業所の名称及び所在地を記載した書類並びに当該事業者との契約の内容に関する書類

付表 1 1 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業者の記載事項
(表面)

												受付番号	
事業所	フリガナ												
	名 称												
	所在地	(郵便番号 _____) 茨城県 _____ 郡 市											
		(ビルの場合)											
連絡先	電話番号						FAX番号						
当該事業の実施について定めてある定款、寄付行為等の条文						第 _____ 条 第 _____ 項 第 _____ 号							
管理者	フリガナ						(郵便番号 _____)						
	氏 名						住所						
	生年月日												
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記載)												
兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記載)		事業所等の名称 兼務する職種及び勤務時間等											
従業者	区 分	専 門 相 談 員											
		専 従					兼 務						
	常勤(人)												
	非常勤(人)												
	常勤換算後の人数(人)												
	基準以上の必要人数(人)												
適合の可否													
主な 掲 示 事 項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日			
	営業時間	平日	～					土曜	～		日曜・祝日	～	
	取り扱う福祉用具	車いす		車いす付属品		特殊寝台							
		特殊寝台付属品		床ずれ防止用具		体位変換器							
		手すり		スロープ		歩行器							
		歩行補助つえ		認知症老人徘徊感知機器		移動用リフト							
		その他											
	利用料	法定代理受領分											
		法定代理受領分以外											
	その他の費用												
通常の事業実施地域	1	2	3	4	5								
	備考												
添付書類 別添のとおり。													

- 備考
- 「受付番号」欄、「基準上の必要人数(人)」欄、「適合の可否」欄には、記載しないでください。
 - 「取り扱う福祉用具」欄には、該当する欄に○印を付し、その他の場合はその内容を記載してください。
 - 「利用料」欄及び「その他の費用」欄は、別に資料を添付することにより、記載を省略することができます。
 - 記載する欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別業としてください。

(裏面)

添付書類

- 1 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- 2 従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類
- 3 事業所の管理者の経歴書
- 4 事業所の平面図（保管及び消毒の設備の概要を記載してください。）
- 5 福祉用具の保管及び消毒の方法に関する書類
- 6 運営規程
- 7 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要に関する書類
- 8 当該申請に係る事業に係る資産の状況に関する書類
- 9 誓約書
- 10 役員の氏名、生年月日及び住所を記載した名簿

付表12 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業者の記載事項

受付番号												
事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -) 茨城県 郡市 (ビル等の名称等)										
	連絡先	電話番号						FAX番号				
当該事業の実施について定めてある定款、寄付行為等の条文						第 条 第 項 第 号						
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)							
	氏名											
	生年月日			当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記載)								
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記載)	事業所等の名称		兼務する職種及び勤務時間等								
従業者	区分	専門相談員										
		専従					兼務					
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
	常勤換算後の人数(人)											
	基準以上の必要人数(人)											
適合の可否												
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		
	営業時間	平日	～			土曜	～		日曜・祝日	～		
	取り扱う福祉用具	腰掛便座				特殊尿器				入浴補助用具		
		簡易浴槽				移動用リフトのつり具の部分						
		その他										
	販売費用の額	法定代理受領分										
		法定代理受領分以外										
	その他の費用											
通常の事業実施地域	1	2		3			4		5			
	備考											
添付書類	別添のとおり。											

- 備考 1 「受付番号」欄、「基準上の必要人数(人)」欄及び「適合の可否」欄には、記載しないでください。
 2 「取り扱う福祉用具」欄には、該当する欄に○印を付し、その他の場合はその内容を記載してください。
 3 「販売費用の額」欄及び「その他の費用」欄は、別に資料を添付することにより、記載を省略することができます。
 4 記載する欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別業としてください。

添付書類

- 1 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- 2 従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類
- 3 事業所の管理者の経歴書
- 4 事業所の平面図
- 5 運営規程
- 6 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要に関する書類
- 7 当該申請に係る事業に係る資産の状況に関する書類
- 8 誓約書
- 9 役員の氏名、生年月日及び住所を記載した名簿

付表 1 3 指定居宅介護支援事業者の記載事項

										受付番号		
事業所	フリガナ											
	名 称											
	所在地	(郵便番号 -) 茨城県 郡 市 (ビル等の名称等)										
	連絡先	電話番号				FAX番号						
当該事業の実施について定めてある定款、寄付行為等の条文										第 条 第 項 第 号		
管理者	フリガナ				住所		(郵便番号 -)					
	氏 名											
	生年月日											
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記載)											
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記載)	事業所等の名称										
	兼務する職種及び勤務時間等											
事業開始時の利用者の予定数										人		
従業者	区 分	介護支援専門員		/								
		専従	兼務									
	常勤(人)											
非常勤(人)												
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		
	営業時間	平日		～		土曜		～		日曜・祝日		
		備考										
	利用料	法定代理受領分										
		法定代理受領分以外										
	その他の費用											
通常の事業実施地域	1		2		3		4		5			
	備考											
添付書類	別添のとおり。											

備考 1 「受付番号」欄には、記載しないでください。
 2 「営業日」欄には、該当する欄に○印を付してください。
 3 「利用料」欄及び「その他の費用」欄は、別に資料を添付することにより、記載を省略することができます。
 4 記載する欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別業としてください。

- 添付書類
- 1 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - 2 従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類
 - 3 事業所の管理者の経歴書
 - 4 事業所の平面図
 - 5 運営規程
 - 6 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要に関する書類
 - 7 当該申請に係る事業に係る資産の状況に関する書類
 - 8 関係市町村並びに他の保健医療サービス及び福祉サービスの提供主体との連携の内容に関する書類
 - 9 誓約書
 - 10 役員の氏名、生年月日及び住所を記載した名簿
 - 11 介護支援専門員の氏名及びその登録番号を記載した書類