

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

指定申請書

年 月 日

市(区・町・村)長殿 所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

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。

		法人番号						
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 市 区	府 県 町 村			
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号			
		Email						
	法人等の種類							
代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ		生年月日			
			氏 名					
代表者の住所	(郵便番号 -)		都 道 市 区	府 県 町 村				
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に <input checked="" type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>			
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	同一所在地において行う事業等の種類		共生型サービス申請時に <input checked="" type="checkbox"/>	指定申請対象事業(該当事業に○)	既に指定を受けている事業(該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定年月日	様 式	
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護						付表第二号(二)
		認知症対応型通所介護						付表第二号(四)(五)
		小規模多機能型居宅介護						付表第二号(六)
		認知症対応型共同生活介護						付表第二号(七)
		地域密着型特定施設入居者生活介護						付表第二号(八)
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護						付表第二号(九)
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護						付表第二号(一)
		複合型サービス						付表第二号(十)
	地域密着型通所介護		<input type="checkbox"/>				付表第二号(三)	
	居宅介護支援事業						付表第二号(十一)	
	介護予防支援事業						付表第二号(十二)	
介護予防地域密着型サービス	介護予防認知症対応型通所介護						付表第二号(四)(五)	
	介護予防小規模多機能型居宅介護						付表第二号(六)	
	介護予防認知症対応型共同生活介護						付表第二号(七)	
介護保険事業所番号		(既に指定又は許可を受けている場合)						
医療機関コード等		(保険医療機関として指定を受けている場合)						

備考

- 1 「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 2 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は訪問看護ステーションとして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、その全てを記載してください。
- 3 地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業所について、他方の地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受ける場合であって、届出事項に変更がないときは、「事業所の名称及び所在地」、「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」、「当該申請に係る事業の開始予定年月日」、「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」、「介護支援専門員の氏名及び登録番号」及び「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。
- 4 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 5 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号の記入も可能です。
- 6 指定を受けようとする事業所の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。

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

指定更新申請書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

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、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		法人番号											
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	市 区	府 県	町 村						
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号								
		Email											
	代表者の職名・氏名・ 生年月日	職名	フリガナ 氏 名	生年月日									
代表者の住所	(郵便番号 -)		都 道	市 区	府 県	町 村							
事 業 所	事業等の種類			介護保険事業所番号									
	指定有効期間満了日												
	フリガナ 名称	-----											
	所在地	(郵便番号 -)		都 道	市 区	府 県	町 村						
	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												
管 理 者	フリガナ 氏名			生年月日									
	住所	(郵便番号 -)		都 道	市 区	府 県	町 村						

- 備考
- 「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
 - 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
 - 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。
 - 「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」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

別紙様式第二号(三)

廃止・休止届出書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

	介護保険事業所番号																				
	法人番号																				
廃止(休止)する事業所	名称																				
	所在地																				
サービスの種類																					
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止																				
廃止・休止する年月日	年 月 日																				
廃止・休止する理由																					
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置																					
休止予定期間	休止日 ~ 年 月 日																				

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

変更届出書

年 月 日

市(区・町・村)長殿
 申請者 名称
 所在地
 代表者職名・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。

指定内容を変更した事業所等	介護保険事業所番号	
	法人番号	
	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		
申請者の名称		
主たる事務所の所在地		
法人等の種類		
代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名		
登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)		
共生型サービスの該当有無		
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、住所及び経歴			(変更後)
運営規程		
協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関		
事業所の種別等		
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		
本体施設、本体施設との移動経路等		
併設施設の状況等		
連携する訪問看護を行う事業所の名称		
連携する訪問看護を行う事業所の所在地		
介護支援専門員の氏名及びその登録番号		

備考 1 「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
 2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。
 なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の(変更前)と(変更後)欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

再開届出書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号																		
	法人番号																		
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																		

備考 事業の再開に係る届出にあつては、従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表を添付してください。

指定辞退届出書

年 月 日

市(区・町・村)長殿 所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業所番号																			
	法人番号																			
指定を辞退する施設	名称																			
	所在地																			
指定を受けた年月日																				
指定を辞退する年月日																				
指定を辞退する理由																				
現に施設に入所している者に対する措置																				

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

指定介護予防支援委託(変更)の届出書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり、指定介護予防支援の一部を委託(変更)するので届け出ます。

		法人番号																		
地域包括支援センター	介護保険事業所番号							届出種別(該当に○)	新規		変更									
	名称																			
	所在地	(郵便番号 -) 都道府県 市区町村																		
	連絡先	電話番号	(内線)						FAX番号											
	Email																			
委託先	介護保険事業所番号																			
	フリガナ																			
	名称																			
	所在地	(郵便番号 -) 都道府県 市区町村																		
	連絡先	電話番号	(内線)						FAX番号											
	Email																			
委託する指定介護予防支援の内容(該当に○)	1	アセスメントの実施						7	モニタリング											
	2	介護予防サービス計画原案の作成						8	評価											
	3	サービス担当者会議の開催						9	給付管理											
	4	介護予防サービス計画原案の説明・同意						10	その他											
	5	介護予防サービス計画書の交付																		
	6	サービス提供の連携・調整																		
指定介護予防支援の一部を委託する期間		年 月 日 ~ 年 月 日																		

- 備考 1 届け出た内容に変更があるときは、全ての内容を記入し、再度提出してください。
 2 委託する指定介護予防支援の内容の「10 その他」を選択時は、下段に内容を記入してください。
 3 複数の委託先がある場合は、指定介護予防支援委託先一覧を提出してください。
 記入欄が不足する場合は、行を追加又は複数ページに記入してください。

(参考) 記入欄不足時の資料
指定介護予防支援委託先一覧

項番	介護保険事業所番号	委託先事業所			委託する指定介護予防支援の内容 (下記内容参照、該当番号に○、10は下段に内容を記載)										指定介護予防支援の一部を委託する期間		
		名称	所在地	連絡先	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1																	年 月 日 ~ 年 月 日
2																	年 月 日 ~ 年 月 日
3																	年 月 日 ~ 年 月 日
4																	年 月 日 ~ 年 月 日
5																	年 月 日 ~ 年 月 日
6																	年 月 日 ~ 年 月 日
7																	年 月 日 ~ 年 月 日
8																	年 月 日 ~ 年 月 日
9																	年 月 日 ~ 年 月 日
10																	年 月 日 ~ 年 月 日

■委託する指定介護予防支援の内容

- | | |
|------------------------|------------------|
| 1 : アセスメントの実施 | 6 : サービス提供の連携・調整 |
| 2 : 介護予防サービス計画原案の作成 | 7 : モニタリング |
| 3 : サービス担当者会議の開催 | 8 : 評価 |
| 4 : 介護予防サービス計画原案の説明・同意 | 9 : 給付管理 |
| 5 : 介護予防サービス計画書の交付 | 10 : その他 |

付表第二号(一) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号										
	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 _____) 都 道 市 区 府 県 町 村									
連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号					
	Email										
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 _____)				
	氏名										
	生年月日										
他事業所の従業者との兼務の有無	<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								
連携する訪問看護事業所 (連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施する場合のみ記載)					名称						
					住所	(郵便番号 _____)					
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業者の職種・員数		訪問介護員等				オペレーター		看護職員		うち計画作成責任者	
		定期巡回サービス		随時訪問サービス							
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)											
非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)											
添付書類		別添のとおり									

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

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 _____) 都 道 市 区 府 県 町 村									
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号				
	Email										

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

(参考) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■連携する訪問看護事業所

連携する訪問看護事業所 (連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を 実施する場合のみ記載)	名称	
	住所	(郵便番号 -)
連携する訪問看護事業所 (連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を 実施する場合のみ記載)	名称	
	住所	(郵便番号 -)

(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)

■複数事業所

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -)	都 道	市 区
			府 県	町 村
連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号	
	Email			

付表第二号（二） 夜間対応型訪問介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号								
	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号		—	)		市区		
		都府	道県			町村			
連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号				
	Email								
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号		—)	
	氏名								
	生年月日								
	当該夜間対応型訪問介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）								
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
オペレーションセンターの有無				<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無			
オペレーションセンターのか所数				か所					
従業者の職種・員数	訪問介護員等				オペレーター		面接相談員		
	定期巡回サービス		随時訪問サービス						
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
常勤（人）									
非常勤（人）									

（夜間対応型訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号		—	)		市区
			都府	道県			町村
連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号		
	Email						

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

(参考) 夜間対応型訪問介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

(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)

■複数事業所

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号	—	)	市区町村
		都府	道県		
連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号		
	Email				

付表第二号(三) 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号								
	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号	—	)	都道	市区	府県	町村
	連絡先	電話番号	(内線)			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)				事業所番号				
	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			
共生型サービスの該当有無				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積				㎡	利用定員(同時利用)			人	
サービス提供単位1	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
		非常勤(人)							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間	曜日ごとに異なる場合記入		平日	:	~	:	:	:
				土曜日	:	~	:	:	:
		日曜日・祝日	:	~	:	:	:		
サービス提供時間				:	~	:	:		
利用定員				人					
サービス提供単位2	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
		非常勤(人)							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間	曜日ごとに異なる場合記入		平日	:	~	:	:	:
				土曜日	:	~	:	:	:
		日曜日・祝日	:	~	:	:	:		
サービス提供時間				:	~	:	:		
利用定員				人					
サービス提供単位3	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
		非常勤(人)							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間	曜日ごとに異なる場合記入		平日	:	~	:	:	:
				土曜日	:	~	:	:	:
		日曜日・祝日	:	~	:	:	:		
サービス提供時間				:	~	:	:		
利用定員				人					
添付書類	別添のとおり								

(地域密着型通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 —)		都 道 府 県	市 区 町 村				
	連絡先	電話番号 Email	(内線)			FAX番号			
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡		利用定員(同時利用)			人		
サービス提供単位1	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
		営業時間							
	曜日ごとに異なる場合 記入	平日	:			~	:		
		土曜日	:			~	:		
		日曜日・祝日	:			~	:		
サービス提供時間		:			~	:			
利用定員		人							
サービス提供単位2	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
		営業時間							
	曜日ごとに異なる場合 記入	平日	:			~	:		
		土曜日	:			~	:		
		日曜日・祝日	:			~	:		
サービス提供時間		:			~	:			
利用定員		人							
サービス提供単位3	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
		営業時間							
	曜日ごとに異なる場合 記入	平日	:			~	:		
		土曜日	:			~	:		
		日曜日・祝日	:			~	:		
サービス提供時間		:			~	:			
利用定員		人							
添付書類	平面図								

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

(参考) 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

サービス提供単位4	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)								
	非常勤(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
		その他(年末年始休日等)								
	営業時間			:	~		:			
		曜日ごとに異なる場合記入	平日	:	~		:			
土曜日			:	~		:				
日曜日・祝日	:		~		:					
サービス提供時間				:	~		:			
利用定員				人						
サービス提供単位5	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)								
	非常勤(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
		その他(年末年始休日等)								
	営業時間			:	~		:			
		曜日ごとに異なる場合記入	平日	:	~		:			
土曜日			:	~		:				
日曜日・祝日	:		~		:					
サービス提供時間				:	~		:			
利用定員				人						
サービス提供単位6	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)								
	非常勤(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
		その他(年末年始休日等)								
	営業時間			:	~		:			
		曜日ごとに異なる場合記入	平日	:	~		:			
土曜日			:	~		:				
日曜日・祝日	:		~		:					
サービス提供時間				:	~		:			
利用定員				人						

(地域密着型通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号	—	)	都道	市区	府県	町村	
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号			
		Email							
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
		食堂及び機能訓練室の合計面積	㎡		利用定員(同時利用)	人			
サービス提供単位4	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間			:	~		:		
		曜日ごとに異なる場合 記入	平日	:	~		:		
			土曜日	:	~		:		
			日曜日・祝日	:	~		:		
サービス提供時間				:	~		:		
利用定員		人							
サービス提供単位5	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間			:	~		:		
		曜日ごとに異なる場合 記入	平日	:	~		:		
			土曜日	:	~		:		
			日曜日・祝日	:	~		:		
サービス提供時間				:	~		:		
利用定員		人							
サービス提供単位6	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間			:	~		:		
		曜日ごとに異なる場合 記入	平日	:	~		:		
			土曜日	:	~		:		
			日曜日・祝日	:	~		:		
サービス提供時間				:	~		:		
利用定員		人							

付表第二号（四） 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等に係る記載事項（単独型・併設型）

事業所	法人番号								
	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 _____) _____ 都道 市区 府 県 町 村							
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号			
	Email								
事業の実施形態		<input type="checkbox"/> 単独型		<input type="checkbox"/> 併設型					
管理者	フリガナ								
	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）		住所 (郵便番号 _____)						
	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								
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡			利用定員(同時利用)				人
サービス提供単位1	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間		:		~		:		
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:		
土曜日		:		~		:			
日曜日・祝日		:		~		:			
サービス提供時間		:		~		:			
利用定員		人							
サービス提供単位2	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間		:		~		:		
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:		
土曜日		:		~		:			
日曜日・祝日		:		~		:			
サービス提供時間		:		~		:			
利用定員		人							
サービス提供単位3	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間		:		~		:		
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:		
土曜日		:		~		:			
日曜日・祝日		:		~		:			
サービス提供時間		:		~		:			
利用定員		人							
添付書類	別添のとおり								

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

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号)		都 道 府 県	市 区 町 村				
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号			
Email									
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡		利用定員(同時利用)			人		
サービス提供単位1	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間	:		~	:				
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~	:			
		土曜日	:		~	:			
	日曜日・祝日	:		~	:				
	サービス提供時間	:		~	:				
利用定員	人								
サービス提供単位2	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間	:		~	:				
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~	:			
		土曜日	:		~	:			
	日曜日・祝日	:		~	:				
	サービス提供時間	:		~	:				
利用定員	人								
サービス提供単位3	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間	:		~	:				
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~	:			
		土曜日	:		~	:			
	日曜日・祝日	:		~	:				
	サービス提供時間	:		~	:				
利用定員	人								

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

(参考) 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等に係る記載事項(単独型・併設型)記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

サービス提供単位4	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間	:		~		:			
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:		
土曜日		:		~		:			
日曜日・祝日		:		~		:			
サービス提供時間	:		~		:				
利用定員	人								
サービス提供単位5	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間	:		~		:			
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:		
土曜日		:		~		:			
日曜日・祝日		:		~		:			
サービス提供時間	:		~		:				
利用定員	人								

(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)

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 _____) 都 道 市 区 府 県 町 村										
	連絡先	電話番号	(内線)					FAX番号				
		Email										
○設備に関する基準の確認に必要な事項												
		食堂及び機能訓練室の合計面積	m ²					利用定員(同時利用)	人			
サービス提供単位4	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	営業時間		:									
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	~									
		土曜日	:									
		日曜日・祝日	~									
	サービス提供時間		:									
利用定員		人										
サービス提供単位5	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	営業時間		:									
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	~									
		土曜日	:									
		日曜日・祝日	~									
	サービス提供時間		:									
利用定員		人										

付表第二号 (五) 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等に係る記載事項 (共用型)

事業所	法人番号							
	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号)		都 道	市 区			
		府 県			町 村			
連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号			
	Email							
本体事業種別	<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			
管理者	フリガナ							
	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)		住所 (郵便番号)					
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)	名称					事業所番号	
	兼務する職種及び勤務時間等							
○人員に関する基準の確認に必要な事項								
本体の事業所等の入居者を含めた利用者数		人						
○設備に関する基準の確認に必要な事項								
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡		利用定員 (同時利用)		人		
サービス提供単位 1	○人員に関する基準の確認に必要な事項							
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従 兼務
		常 勤 (人)						
	非常勤 (人)							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項							
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日 祝日
		その他 (年末年始休日等)						
	営業時間		:		~		:	
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:	
土曜日		:		~		:		
日曜日・祝日		:		~		:		
サービス提供時間		:		~		:		
利用定員		人						
サービス提供単位 2	○人員に関する基準の確認に必要な事項							
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従 兼務
		常 勤 (人)						
	非常勤 (人)							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項							
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日 祝日
		その他 (年末年始休日等)						
	営業時間		:		~		:	
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:	
土曜日		:		~		:		
日曜日・祝日		:		~		:		
サービス提供時間		:		~		:		
利用定員		人						
サービス提供単位 3	○人員に関する基準の確認に必要な事項							
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従 兼務
		常 勤 (人)						
	非常勤 (人)							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項							
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日 祝日
		その他 (年末年始休日等)						
	営業時間		:		~		:	
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:	
土曜日		:		~		:		
日曜日・祝日		:		~		:		
サービス提供時間		:		~		:		
利用定員		人						
添付書類	別添のとおり							

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

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号)		都 道 市 区	府 県 町 村					
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号	Email				
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡		利用定員(同時利用)			人			
サービス提供単位1	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			その他(年末年始休日等)							
	営業時間		:		~		:			
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:			
		土曜日	:		~		:			
		日曜日・祝日	:		~		:			
	サービス提供時間		:		~		:			
	利用定員		人							
	サービス提供単位2	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
		その他(年末年始休日等)								
営業時間		:		~		:				
曜日ごとに異なる場合記入		平日	:		~		:			
		土曜日	:		~		:			
		日曜日・祝日	:		~		:			
サービス提供時間		:		~		:				
利用定員		人								
サービス提供単位3		○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			その他(年末年始休日等)							
	営業時間		:		~		:			
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:			
		土曜日	:		~		:			
		日曜日・祝日	:		~		:			
	サービス提供時間		:		~		:			
	利用定員		人							

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

(参考) 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等に係る記載事項(共用型)記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

サービス提供単位4	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間	:		~		:			
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:	~		:			
土曜日		:	~		:				
日曜日・祝日		:	~		:				
サービス提供時間	:		~		:				
利用定員	人								
サービス提供単位5	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間	:		~		:			
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:	~		:			
土曜日		:	~		:				
日曜日・祝日		:	~		:				
サービス提供時間	:		~		:				
利用定員	人								
サービス提供単位6	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間	:		~		:			
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:	~		:			
土曜日		:	~		:				
日曜日・祝日		:	~		:				
サービス提供時間	:		~		:				
利用定員	人								

(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)

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号		—		)		市区町村	
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号				
Email										
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡		利用定員(同時利用)			人			
サービス提供単位4	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			その他(年末年始休日等)							
	営業時間		:		~		:			
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:			
		土曜日	:		~		:			
		日曜日・祝日	:		~		:			
	サービス提供時間		:		~		:			
	利用定員		人							
	サービス提供単位5	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
		その他(年末年始休日等)								
営業時間		:		~		:				
曜日ごとに異なる場合記入		平日	:		~		:			
		土曜日	:		~		:			
		日曜日・祝日	:		~		:			
サービス提供時間		:		~		:				
利用定員		人								
サービス提供単位6		○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			その他(年末年始休日等)							
	営業時間		:		~		:			
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:			
		土曜日	:		~		:			
		日曜日・祝日	:		~		:			
	サービス提供時間		:		~		:			
	利用定員		人							

付表第二号(六) 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等に係る記載事項

事業所	法人番号										
	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号		—)					
		都道 府県			市区 町村						
連絡先	電話番号	(内線)			FAX 番号						
	Email										
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号	—)	
	氏名										
	生年月日										
	当該小規模多機能型居宅介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)										
	併設する施設等の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)						名称			事業所 番号	
						兼務する職種 及び勤務時間等	-----				
協力医療 機関	名称					主な診療科名					
	名称					主な診療科名					
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業者の職種・員数			介護従業者		うち看護職員		介護支援専門員				
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
常勤(人)											
非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)											
通いサービスの利用者数(推定数を記入)					人						
○設備に関する基準の確認に必要な情報											
居間及び食堂の合計面積					㎡						
個室以外の宿泊室の合計面積					㎡		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数			人	
登録定員					人						
通いサービスの利用定員					人		宿泊サービスの利用定員			人	
建物の構造					<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他		
添付書類			別添のとおり								

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

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号		—)					
		都道 府県			市区 町村						
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX 番号					
	Email										
○設備に関する基準の確認に必要な情報											
居間及び食堂の合計面積					㎡						
個室以外の宿泊室の合計面積					㎡		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数			人	
登録定員					人						
通いサービスの利用定員					人		宿泊サービスの利用定員			人	
建物の構造					<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他		

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

(参考) 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等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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	

(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)

■複数事業所

事業所	フリガナ 名称				
	所在地	(郵便番号	—)	
		都道府	道	市区	
		府	県	町	村
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX 番号	
		Email			
○設備に関する基準の確認に必要な情報					
	居間及び食堂の合計面積	m ²			
	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
	登録定員	人			
	通いサービスの利用定員	人	宿泊サービスの利用定員		人
	建物の構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他			

付表第二号(七) 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等に係る記載事項

事業所	法人番号												
	フリガナ												
	名称												
	所在地	(郵便番号		—)						
		都 道	市 区			府 県	町 村						
連絡先	電話番号	(内線)			FAX 番号								
	Email												
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号		—)			
	氏名												
	生年月日												
	当該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											
本体施設の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		本体施設名称				事業所番号					
協力医療機関	名称				主な診療科名								
	名称				主な診療科名								
○人員に関する基準の確認に必要な事項													
共同生活住居数		戸		①		②		③					
従業者の職種・員数		介護従業者		介護従業者		介護従業者		計画作成担当者					
		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
		常勤(人)											
		非常勤(人)											
		常勤換算後の人数(人)											
利用者数(推定数を記入)		人		人		人		人					
利用定員		人		人		人		人					
○設備に関する基準の確認に必要な事項													
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							
添付書類		別添のとおり											

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

(参考) 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等に係る記載事項 記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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	

付表第二号(八) 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号											
	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 _____) 都道 市区 府県 町村										
連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号							
	Email											
施設の区分 (該当に○)	有料老人ホーム			施設開設年月日	(郵便番号 _____)							
	軽費老人ホーム											
	サービス付き高齢者向け住宅											
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										
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							
○人員に関する基準の確認に必要な事項												
従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		計画作成担当者		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)										
		非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)												
利用者数(推定数を記入)		要介護者		人		(前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)						
				人								
○設備に関する基準の確認に必要な事項												
入居定員		人										
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他						
添付書類		別添のとおり										

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

(参考) 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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	

付表第二号(九) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定等に係る記載事項

施設	法人番号									
	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号)		都 道 府 県		市 区 町 村				
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX 番号				
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号)				
	氏名									
	生年月日									
	同一敷地内の他の事業所、施設又は本体施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称				事業所番号				
		兼務する職種及び勤務時間等								
本体施設の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	本体施設名称				事業所番号				
併設事業所の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	短期入所生活介護の実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			事業の実施形態 <input type="checkbox"/> 空床型 <input type="checkbox"/> 併設型				
協力医療機関	名称				主な診療科名					
	名称				主な診療科名					
サービス提供単位1	介護形式(いずれか一方を選択) <input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型									
	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数		医 師		生活相談員		介護職員		看護職員	
			専 従	* 兼務	専 従	* 兼務	専 従	* 兼務	専 従	* 兼務
	地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常 勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置しない場合の措置	
			専 従	* 兼務	専 従	* 兼務	専 従	* 兼務		
	地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常 勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
	入所者数(推定数を記入)		人		短期入所利用者数(併設型の場合)		人(推定数を記入)			
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
			地域密着型介護老人福祉施設			短期入所生活介護				
居 室	1室の最大定員	人			人					
	入所者1人あたりの最小床面積	㎡			㎡					
	食堂と機能訓練室の合計面積	㎡			㎡					
廊 下	片廊下の幅	m			m					
	中廊下の幅	m			m					
入所定員		人								
介護形式(いずれか一方を選択) <input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型										
○人員に関する基準の確認に必要な事項										
従業者の職種・員数		医 師		生活相談員		介護職員		看護職員		
		専 従	* 兼務	専 従	* 兼務	専 従	* 兼務	専 従	* 兼務	
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常 勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
		栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置しない場合の措置		
		専 従	* 兼務	専 従	* 兼務	専 従	* 兼務			
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常 勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
入所者数(推定数を記入)		人		短期入所利用者数(併設型の場合)		人(推定数を記入)				
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
		地域密着型介護老人福祉施設			短期入所生活介護					
居 室	1室の最大定員	人			人					
	入所者1人あたりの最小床面積	㎡			㎡					
	食堂と機能訓練室の合計面積	㎡			㎡					
廊 下	片廊下の幅	m			m					
	中廊下の幅	m			m					
入所定員		人								
添付書類		別添のとおり								

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

(参考) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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	

付表第二号(十) 複合型サービス事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号						
	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号)		都道 府県	市区 町村		
連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号			
	Email						
訪問看護事業所の指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション				
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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(職種:)				
	他事業所の従業者との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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					
協力医療機関	名称			主な診療科名			
	名称			主な診療科名			
○人員に関する基準の確認に必要な事項							
従業者の職種・員数		介護従事者		うち看護職員		介護支援専門員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)							
非常勤(人)							
常勤換算後の人数(人)							
通いサービスの利用者数(推定数を記入)				人			
○設備に関する基準の確認に必要な事項							
居間及び食堂の合計面積		㎡					
個室の宿泊室		室		うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室(病院又は診療所である場合)		室	
個室以外の宿泊室の合計面積		㎡		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数		人	
登録定員		人					
通いサービスの利用定員		人		宿泊サービスの利用定員		人	
利用者の推定数		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					
添付書類		別添のとおり					

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

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号)		都道 府県	市区 町村		
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号		
	Email						
○設備に関する基準の確認に必要な事項							
居間及び食堂の合計面積		㎡					
個室の宿泊室		室		うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室(病院又は診療所である場合)		室	
個室以外の宿泊室の合計面積		㎡		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数		人	
登録定員		人					
通いサービスの利用定員		人		宿泊サービスの利用定員		人	
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他					

備考

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

(参考) 複合型サービス事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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	

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

■複数事業所

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 _____) _____ 都道 市区 府県 町村		
	連絡先	電話番号 _____ (内線) _____ Email _____	FAX番号 _____	
○設備に関する基準の確認に必要な事項				
	居間及び食堂の合計面積	m ²		
	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
	登録定員	人		
	通いサービスの利用定員	人	宿泊サービスの利用定員	人
	建物の構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他		

付表第二号(十一) 指定居宅介護支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 _____) 都 道 市 区 府 県 町 村			
	連絡先	電話番号 _____ (内線) _____	FAX 番号 _____		
管理者	フリガナ				
	氏名	住所	(郵便番号 _____)		
	生年月日				
	当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)	名称	事業所番号		
			兼務する職種 及び勤務時間等		
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種・員数(人)		介護支援専門員			
		専従	兼務		
常勤(人)					
非常勤(人)					
事業開始時の利用者の推定数		人			
添付書類		別添のとおり			

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

付表第二号(十二) 指定介護予防支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号			
	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号	—)
		都 道	市 区	
	府 県	町 村		
連絡先	電話番号	(内線)		FAX 番号
	Email			
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 —)	
	氏名			
	生年月日			
	当該介護予防支援事業所における他の職務との兼務の有無			<input type="checkbox"/> 有	☐ 無
地域包括支援センターの従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称			
	兼務する職種及び勤務時間等			
○人員に関する基準の確認に必要な事項				
従業者の職種・員数(人)		担当職員		人
		専従	兼務	
		常勤(人)		
非常勤(人)				
事業開始時の利用者の推定数				
添付書類		別添のとおり		

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