

各都道府県介護保険担当課（室）

各保険者介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 老健局高齢者支援課、振興課、老人保健課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

「指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、
指定複合型サービス事業所、指定特定施設入居者
生活介護事業所の指定に関する様式例について

計10枚（本紙を除く）

Vol.265

平成24年3月13日

厚生労働省老健局

高齢者支援課、振興課、老人保健課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよ
う、よろしく願いいたします。】

連絡先 TEL：03-5253-1111(内線 3981、3937、3949)
FAX：03-3503-7894

事務連絡
平成 24 年 3 月 13 日

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室） 御中

厚生労働省老健局高齢者支援課
振興課
老人保健課

指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、指定複合型サービス事業所、
指定特定施設入居者生活介護事業所の指定に関する様式例について

介護保険法に基づく地域密着型サービス事業所等の指定に関する様式例については、地域密着型サービス事業所の指定に係る規則等の参考例について（平成 18 年 2 月 20 日厚生労働省老健局計画課事務連絡）及び指定居宅サービス事業所、指定居宅介護支援事業所及び介護保険施設の指定等に関する規則（参考例）（平成 11 年 7 月 16 日付厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室長事務連絡）において、お示しているところですが、平成 24 年度介護保険法改正に伴い、その一部を変更等いたしましたので送付いたします。

なお、この様式例は、その規定振りの一つの例をお示ししたものであり、文言、様式、形式を拘束するものではありませんので、各都道府県、各市町村において適宜追加・修正を行ったうえで活用してください。

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 指定申請書

平成 年 月 日

市（町・村）長 殿

所在地
申請者
名称

印

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

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 -) 県 郡市 (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		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ氏名	生年月日
指定を受けようとする事業所の種類	代表者の住所	(郵便番号 -) 県 郡市			
	事業所等の所在地	(郵便番号 -) 県 郡市			
	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	様式
地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護				付表1
	認知症対応型通所介護				付表2
	小規模多機能型居宅介護				付表3
	認知症対応型共同生活介護				付表4
	地域密着型特定施設入居者生活介護				付表5
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				付表6
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護				付表7
	複合型サービス				付表8
介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護				付表2
	介護予防小規模多機能型居宅介護				付表3
	介護予防認知症対応型共同生活介護				付表4
介護保険事業所番号	(既に指定を受けている場合)				
指定を受けている他市町村名					
医療機関コード等					

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 「法人の種類別」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」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄、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 の氏名、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。

付表 7-1 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 -) 県 郡市										
	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・寄附行為等の条文		第 条第 項第 号										
管理者	フリガナ											
	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										
		住所	(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。

付表 7-2 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 -)		
		県	郡市	
連絡先	電話番号		FAX 番号	
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」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。

別 添

指定申請に係る添付書類一覧

受付番号	
------	--

主たる事業所・施設の名称	
--------------	--

番号	添付書類	申請する事業の種類			備考
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護			
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一覧表				
3	管理者の経歴				
4	事業所の平面図				
5	設備・備品等に係る一覧表				
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				
8	当該申請に係る資産の状況				
9	地域密着型介護サービス費の請求に関する事項				
10	法第78条の2第4項各号に該当しないことを誓約する書面				
11	役員の氏名等				
12	介護・医療連携推進会議の構成員				

備考1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表 8 - 1 複合型サービス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 -)					
		県		郡市			
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・寄附行為等の条文			第	条第	項第	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					
	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						
	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		㎡		適合の可否		
	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	基準上の必要数値	㎡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							
力協	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。
- 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。

別 添

指定申請に係る添付書類一覧

受付番号	
------	--

主たる事業所・施設の名称	
--------------	--

番号	添 付 書 類	申請する事業の種類			備考
		複合型サービス			
1	申請者の定款、寄附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一覧表				
3	管理者の経歴				
4	事業所の平面図				
5	設備・備品等に係る一覧表				
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				
8	当該申請に係る事業に係る資産の状況				
9	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容				
10	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要				
12	地域密着型介護サービス費の請求に関する事項				
13	法第78条の2第4項各号に該当しないことを誓約する書面				
14	役員の氏名等				
15	介護支援専門員の氏名等				
16	運営推進会議の構成員				

(注意)

- 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。
- 3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

指定特定施設入居者生活介護指定変更申請書

年 月 日

知事 殿

申請者 名称
 主たる事務所の所在地
 代表者の職氏名 印
 代表者の住所
 代表者の生年月日 年 月 日

次のとおり指定の変更を申請します。

		介護保険事業者番号							
申請に係る事業所		名称							
		所在地							
利用者の推定数 (要介護者及び要支援者のそれぞれに係る推定数を明示)									
		要介護者				要支援者			
利用者の定員		(変更前)				(変更後)			
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			

備考 以下の書類を添付してください。

- (1) 建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示するものとする。）並びに設備の概要
- (2) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態
- (3) 外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護の場合にあつては、受託居宅サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地
- (4) 協力医療機関との契約の内容（協力歯科医療機関があるときは、当該協力歯科医療機関との契約の内容を含む。）