

その1

事業所の指定に係る記載事項
(夜間対応型訪問介護)

受付番号

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(〒 —)							
		(ビル等の名称)							
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					住所			
	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数									
予定利用者数	人(うち他の市町村の予定利用者 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							
	その他の利用								
	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は、「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。

その2

事業所の指定に係る記載事項(単独型・併設型)
(認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護)

受付番号

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(〒 —)				
		(ビル等の名称)				
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			
併設事業所の種別、名称					事業所番号	
管理者	フリガナ				住所	(〒 —)
	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					
	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 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 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。
- 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。

その3

事業所の指定に係る記載事項(共用型)
(認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護)

受付番号

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(〒 —)				
		(ビル等の名称)				
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			
種別				事業所番号		
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	
	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					
	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 「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併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。

その4

事業所の指定に係る記載事項
(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)

受付番号

事業所	フリガナ 名称							
	所在地	(〒 —)						
		(ビル等の名称)						
	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				
管理者	フリガナ 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		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		m ²	基準上の必要面積		m ² 以上	適合の可否	
	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								
療協 機力 関医	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 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は、「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 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。

その5

事業所の指定に係る記載事項

(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)

受付番号

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(〒 —)			
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	住所	(〒 —)		
	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				
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	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(人)				
	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					
協力医療機関	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。

その6

事業所の指定に係る記載事項
(地域密着型特定施設入居者生活介護)

受付番号

事業所	フリガナ							
	名称	-----						
	所在地	(〒 —) ----- (ビル等の名称)						
	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
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				(〒 —)			
	氏名				住所			
	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)							
従業者の職種・員数	要介護者	人						
	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	専従	専従	
	兼務	兼務	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(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							
	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			
造建 概物 要構	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			基準上の必要数値	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。

その7

事業所の指定に係る記載事項
(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)

受付番号

施設	フリガナ 名 称											
	所在地	(〒 —) (ビル等の名称)										
	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					住所	(〒 —)					
	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		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						
入居者数(推計数を記入)		人		短期入所利用者数(併設型の場合)		人(推計数を記入)						
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者人数		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者人数		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				
主な揭示事項	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 関医	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揭示事項、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。
- 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。

その8

事業所の指定に係る記載事項
(定期巡回・随時対応型訪問介護看護)

受付番号											
事業所	フリガナ 名称										
	所在地	(〒 —)									
	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					住所	(〒 —)				
	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:)							
	併設する施設等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	(〒 —)				
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

- 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は、「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 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。

その9

事業所の指定に係る記載事項
(複合型サービス)

受付番号

事業所	フリガナ 名称	-----					
	所在地	(〒 —) ----- (ビル等の名称)					
	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 氏名	住所		(〒 —)			
	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	m ²		基準上の必要面積	m ² 以上		適合の可否
	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							
療協 機力 関医	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。