

(参考) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項
(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) 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	

付表第一号(十一) 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養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 町 村	
	連絡先	電話番号	(内線)					FAX 番号				
事業所種別 (該当に○を記入)	①介護老人保健施設											
	②療養病床を有する病院・診療所											
	③②に該当しない診療所											
	④介護医療院											
管理者	フリガナ											
	氏 名											
	生年月日											
住所 (郵便番号 —)												
病棟名												
サ ー ビ ス 提 供 単 位 1 (事 業 所 種 別 ③ に 該 当 の 場 合 記 入)	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											
	申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員 人											
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数											
			医師		薬剤師		看護職員		介護職員		栄養士	
			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)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	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											
	入院患者1人あたり床面積											m ²
		廊下		片廊下の幅								
				中廊下の幅								
		食堂										
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	
サ ー ビ ス 提 供 単 位 2 (事 業 所 種 別 ③ に 該 当 の 場 合 記 入)	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											
	申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員 人											
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数											
			医師		薬剤師		看護職員		介護職員		栄養士	
			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)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	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											
	入院患者1人あたり床面積											m ²
		廊下		片廊下の幅								
				中廊下の幅								
		食堂										
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別様に記載した書類を添付してください。
 2 「申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員」欄は、当該施設等のうち、短期入所療養介護に供する部分の定員について記載すること。
 3 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が行うものについては、法第71条第1項及び第72条第1項の規定により指定があったものとみなされる場合は、本申請の必要はありません。

(参考) 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養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

■複数病棟

病棟名												
サービス提供単位の 場合① (事業所種別③に該当)	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					
	申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員	人										
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数	医師		薬剤師		看護職員		介護職員		栄養士		
		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)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	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	入院患者1人あたり床面積										m ²
廊下		片廊下の幅										m
		中廊下の幅										m
食堂										m ²		
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						
サービス提供単位の 場合② (事業所種別③に該当)	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					
	申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員	人										
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数	医師		薬剤師		看護職員		介護職員		栄養士		
		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)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	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	入院患者1人あたり床面積										m ²
廊下		片廊下の幅										m
		中廊下の幅										m
食堂										m ²		
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						

付表第一号(十二) 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	
連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号					
	Email										
施設区分 (該当に○)	有料老人ホーム			施設開設 年月日	年		月		日		
	軽費老人ホーム										
	サービス付き高齢者向け住宅										
	養護老人ホーム										
入居者の要件 (該当に○)	介護専用型										
	介護専用型以外										
サービスの提供形態 (該当に○)	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(兼務の場合のみ記入)										
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地									
兼務先のサービス種別、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)											
○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					
入居定員				人							
利用者数				人(前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)							
		要介護者		人		要支援者		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。

(参考) 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	

付表第一号(十三) 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与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			
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)			
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地		
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等		
貸与種目				
利用者の推定数		人		
○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		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)				
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 貸与種目は、「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(つり具の部分を除く.)」、「自動排泄処理装置」のうちから記入してください。

付表第一号(十四) 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売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 ー) 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 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)				
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地	兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等		
販売種目					
利用者の推定数	人				
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業員の職種・員数	専 従		専 務		
			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				

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
 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 販売種目は、「腰掛便座」、「自動排泄処理装置の交換可能部品」、「排泄予測支援機器」、「入浴補助用具」、「簡易浴槽」、「移動用リフトのつり具の部分」、「スロープ」、「歩行器」、「歩行補助つえ」のうちから記入してください。

付表第一号(十五) 介護老人福祉施設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	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									
	当該施設で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)									
他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地									
	兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等									
短期入所生活介護の有無		<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						
	名称			主な診療科名						
	名称			主な診療科名						
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										
サービス提供単位1	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
	介護老人福祉施設及び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)									
			栄養士・管理栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員等			
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
	介護老人福祉施設及び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)									
	入所者数		人(推定数を記入)		短期入所利用者数		人(推定数を記入)			
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
				介護老人福祉施設		短期入所生活介護				
居室	1室あたりの最大定員			人		人				
居室	利用者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				
廊下	中廊下の幅			m		m				
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				
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										
サービス提供単位2	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
	介護老人福祉施設及び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)									
			栄養士・管理栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員等			
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
	介護老人福祉施設及び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)									
	入所者数		人(推定数を記入)		短期入所利用者数		人(推定数を記入)			
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
				介護老人福祉施設		短期入所生活介護				
居室	1室あたりの最大定員			人		人				
居室	利用者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				
廊下	中廊下の幅			m		m				
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				
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 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、記載を要しません。
 4 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。
 5 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。
 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、「介護支援専門員等」欄に記載してください。

(参考) 介護老人福祉施設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	

付表第一号(十六) 介護老人保健施設の許可等に係る記載事項

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							
	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)											
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)		兼務先の名称、所在地									
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等										
短期入所療養介護の実施の有無				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	通所リハビリテーションの実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
施設を共用する事業所等の名称(共用する場合記入)				フリガナ名称								
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										
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		薬剤師		看護職員		介護職員	
					専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護老人保健施設従事人数		常勤(人)									
			非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)											
					理学・作業療法士、言語聴覚士		栄養士・管理栄養士		支援相談員		介護支援専門員	
					専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護老人保健施設従事人数		常勤(人)									
			非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	療養室		1室の最大定員			人						
			入所者1人あたり最小床面積			㎡						
廊下		片廊下の幅			m							
		中廊下の幅			m							
機能訓練室面積				㎡								
食堂面積				㎡								
入所者の予定数				人								
一日当たりの通所総利用者予定数				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				
入所定員				人								
サービス提供単位2	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		薬剤師		看護職員		介護職員	
					専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護老人保健施設従事人数		常勤(人)									
			非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)											
					理学・作業療法士、言語聴覚士		栄養士・管理栄養士		支援相談員		介護支援専門員	
					専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護老人保健施設従事人数		常勤(人)									
			非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	療養室		1室の最大定員			人						
			入所者1人あたり最小床面積			㎡						
廊下		片廊下の幅			m							
		中廊下の幅			m							
機能訓練室面積				㎡								
食堂面積				㎡								
入所者の予定数				人								
一日当たりの通所総利用者予定数				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				
入所定員				人								

○通所リハビリテーション(該当する場合のみ)												
○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										
		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												
専用の部屋の面積				m ²	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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
			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)											
	○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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
			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)											
	○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										

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 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

(参考) 介護老人保健施設の許可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	

■通所リハビリテーションサービス提供単位3以降

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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
			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)											
	○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	:									
	入		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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
			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)											
	○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	:									
	入		日曜日・祝日	:								
サービス提供時間		:										
利用定員		人										

付表第一号(十七) 介護医療院の許可等に係る記載事項

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					
	Email									
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号)					
	氏名									
	生年月日									
	当該施設で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)									
他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地									
	兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等									
短期入所療養介護の実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		通所リハビリテーションの実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
施設を共用する事業所等の名称(共用する場合記入)		フリガナ名称								
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								
療養棟名										
施設類型(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> I型介護医療院		<input type="checkbox"/> II型介護医療院						
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						
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		医師		薬剤師		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			理学・作業療法士、言語聴覚士	栄養士・管理栄養士		放射線技師		介護支援専門員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)										
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
療養室	1室の最大定員				人					
	入所者1人あたり最小床面積				㎡					
廊下	片廊下の幅				m					
	中廊下の幅				m					
機能訓練室面積				㎡						
食堂(共同生活室)面積				㎡						
入所者の予定数				人						
一日当たりの通所総利用者予定数				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				
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						
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		医師		薬剤師		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			理学・作業療法士、言語聴覚士	栄養士・管理栄養士		放射線技師		介護支援専門員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)										
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
療養室	1室の最大定員				人					
	入所者1人あたり最小床面積				㎡					
廊下	片廊下の幅				m					
	中廊下の幅				m					
機能訓練室面積				㎡						
食堂(共同生活室)面積				㎡						
入所者の予定数				人						
一日当たりの通所総利用者予定数				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				
入所定員				人						

○通所リハビリテーション(該当する場合のみ)											
○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									
		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											
専用の部屋の面積				㎡		利用定員(同時利用)			人		
○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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
		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)											
○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							
○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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
		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)											
○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									

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 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

(参考) 介護医療院の許可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	

■複数療養棟

療養棟名												
施設類型(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> I型介護医療院					<input type="checkbox"/> II型介護医療院					
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												
サービス提供単位3	従業者の職種・員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員			
	介護医療院従事人数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
		非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)											
	介護医療院従事人数	常勤(人)	理学・作業療法士、言語聴覚士	専従	兼務	栄養士・管理栄養士	専従	兼務	放射線技師	専従	兼務	
		非常勤(人)							介護支援専門員	専従	兼務	
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	療養室	1室の最大定員				人						
		入所者1人あたり最小床面積				㎡						
廊下	片廊下の幅				m							
	中廊下の幅				m							
機能訓練室面積				㎡								
食堂(共同生活室)面積				㎡								
入所者の予定数				人								
一日当たりの通所総利用者予定数				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				
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												
サービス提供単位4	従業者の職種・員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員			
	介護医療院従事人数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
		非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)											
	介護医療院従事人数	常勤(人)	理学・作業療法士、言語聴覚士	専従	兼務	栄養士・管理栄養士	専従	兼務	放射線技師	専従	兼務	
		非常勤(人)							介護支援専門員	専従	兼務	
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	療養室	1室の最大定員				人						
		入所者1人あたり最小床面積				㎡						
廊下	片廊下の幅				m							
	中廊下の幅				m							
機能訓練室面積				㎡								
食堂(共同生活室)面積				㎡								
入所者の予定数				人								
一日当たりの通所総利用者予定数				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				
入所定員				人								

■通所リハビリテーションサービス提供単位3以降

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										
		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員		
従業者の職種・員数		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)												
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										
		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日			
営業日(該当に○)												
		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 4		○人員に関する基準の確認に必要な事項										
		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員		
従業者の職種・員数		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)												
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										
		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日			
営業日(該当に○)												
		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(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		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												
	氏名												
	生年月日												
	住所	(郵便番号)		—									
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)												
他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地												
	兼務先のサービス種別、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		理学・作業療法士、言語聴覚士		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
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		府 県		市 区		町 村	
	連絡先	電話番号	(内線)						FAX番号				
	Email												

備考

- 1 記入欄が不足の場合は、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 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) 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 ー)
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 ー)

(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 ー)	都 道 府 県	市 区 町 村
	連絡先	電話番号 Email	(内線)	FAX番号

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		—)	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								
	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)								
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合に記入)	兼務先の名称、所在地							
兼務先のサービス種別、 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									
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設置数		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		—)	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、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	—)	
		都 道	府 県	市 区	町 村
連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号	
	Emai l				

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			
	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)							
	他の事業所、施設等の 職種との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、 所在地				事業所番号		
	兼務先のサービス種別、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				m ²	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				(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					
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、看護職員又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 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	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					
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 府 県	市 区 町 村				
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号			
管理者	事業の実施形態	<input type="checkbox"/> 単独型		<input type="checkbox"/> 併設型					
	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)								
他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地						事業所番号		
	兼務先のサービス種別、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 Email	(内線)				FAX番号			
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
サービス提供単位1	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		
	○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、看護職員又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	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)							
他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地			事業所番号				
	兼務先のサービス種別、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		介護職員又は介護従業者		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)							
	計画作成担当者	医師		栄養士		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)							
	○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		介護職員又は介護従業者		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)							
	計画作成担当者	医師		栄養士		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)							
	○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		介護職員又は介護従業者		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)							
	計画作成担当者	医師		栄養士		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)							
	○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	平日	:		~		:		
		曜日ごとに異なる場合	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	平日	:		~		:		
		曜日ごとに異なる場合	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	平日	:		~		:		
		曜日ごとに異なる場合	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 管理者の業務については、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、看護職員又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		介護職員又は介護従業者		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)									
	計画作成担当者	生活相談員		医師		栄養士		介護支援専門員		
		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		介護職員又は介護従業者		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)									
	計画作成担当者	生活相談員		医師		栄養士		介護支援専門員		
		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		介護職員又は介護従業者		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)									
	計画作成担当者	生活相談員		医師		栄養士		介護支援専門員		
		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										
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 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)						
他の事業所、施設等の職務 との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地		事業所番号				
	兼務先のサービス種別、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		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 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		㎡				
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 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			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)								
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地		事業所番号					
		兼務先のサービス種別、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	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)		合計	人	人	人	人	人		
利用定員			人	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							
	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												
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)												
	他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地					事業所番号						
	兼務先のサービス種別、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)				人		(前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)							
要介護者				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					
	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)									
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地				事業所番号				
兼務先のサービス種別、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"/> 空床利用型 <input type="checkbox"/> 併設事業所					
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者数	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		介護支援専門員等		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									
	居室	1室の最大定員	地域密着型介護老人福祉施設		短期入所生活介護					
入所者1人あたりの最小床面積		m ²		m ²						
食堂と機能訓練室の合計面積		m ²		m ²						
廊下	片廊下の幅	m		m						
	中廊下の幅	m		m						
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				
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者数	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		介護支援専門員等		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										
居室	1室の最大定員	地域密着型介護老人福祉施設		短期入所生活介護						
	入所者1人あたりの最小床面積	m ²		m ²						
食堂と機能訓練室の合計面積		m ²		m ²						
廊下	片廊下の幅	m		m						
	中廊下の幅	m		m						
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				
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	市区	府県	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				
	名称	事業所番号	(郵便番号 —)				
管理者	フリガナ			住所			
	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)						
他の事業所、施設等の 職務との兼務の有無 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地						
	事業所番号						
	兼務先のサービス 種別、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	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							
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) _____	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	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 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村				
	連絡先	電話番号 Email	(内線)	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)					
	他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地			事業所番号	
		兼務先のサービス 種別、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 ー) 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 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)			
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地		
		兼務先のサービス種別、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		
		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 担当職員については、指定居宅介護支援事業者である場合は介護支援専門員について記載してください。

付表第三号(一) 訪問型サービス事業所の指定等に係る記載事項

サービス種類(該当に○)		介護予防訪問介護相当サービス		緩和した基準による訪問型サービス		定率	定額	
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							
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)							
	他の事業所、施設 等の職務との兼務 (兼務の場合のみ 記入)	兼務先の名称、所在地						
兼務先のサービス 種別、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		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)								
利用者の推定数(人)								
サービス提供 責任者 ※介護予防訪問介護相当サービス 該当時	フリガナ			住所	(郵便番号 -)			
	氏名							
	フリガナ			住所	(郵便番号 -)			
	氏名							
添付書類	別添のとおり							

(訪問型サービス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	(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。
- 4 「介護予防訪問介護相当サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の6第1号で定める基準に基づき行われるサービスを、「緩和した基準による訪問型サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の6第2号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。

(参考) 訪問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

■サービス提供責任者

サービス提供責任者 ※介護予防訪問介護相当サービス該当時	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			

(訪問型サービス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 -)	都道 府県	市区 町村	
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号	
Email					

付表第三号(二) 通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項

サービス種類(該当に○)	介護予防通所介護相当サービス	緩和した基準による通所型サービス	定率						
			定額						
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)								
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地							
		兼務先のサービス種別、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		m ²	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							

(通所型サービス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	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				
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
サービス提供単位2	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				
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	サービス提供単位3	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
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、看護職員又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。
 - 6 「介護予防通所介護相当サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の6第1号で定める基準に基づき行われるサービスを、「緩和した基準による通所型サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の6第2号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。

(参考) 通所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

■サービス提供単位4以降

○人員に関する基準の確認に必要な事項										
サービス提供単位 4	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	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										
サービス提供単位 4	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		:		~		:			
サービス提供単位 4	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					
○人員に関する基準の確認に必要な事項										
サービス提供単位 5	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	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										
サービス提供単位 5	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		:		~		:			
サービス提供単位 5	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					

(通所型サービス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		
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
サービス提供単位 4	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		:		~		:			
サービス提供単位 4	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					
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
サービス提供単位 5	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		:		~		:			
サービス提供単位 5	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					

付表第一号(三) 訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定等に係る記載事項

第六十二条 介護保険法施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を次のように改正する。
付表第一号(三)、(其)及び(其)を次のように改める。

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								
事業所種別		<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								
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)								
	他の事業所、施設等の職 務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地							
兼務先のサービス種別、兼務する 職種及び勤務時間等									
利用者の推定数		人							
○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		看護師		保健師		准看護師		理学・作業療法士、 言語聴覚士	
		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)									
添付書類		別添のとおり							

(訪問看護・介護予防訪問看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	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、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 ※欄は、訪問看護ステーションの場合のみ記入してください。
 - 3 病院又は診療所が行うものについては、法第71条第1項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
 - 4 管理者の兼務の状況については、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。
 - 5 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) 訪問看護・介護予防訪問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

(訪問看護・介護予防訪問看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	-)
		都 道	市 区	
	府 県	町 村		
連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号	
	Email			

付表第一号(十六) 介護老人保健施設の許可等に係る記載事項

施設	法人番号									
	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号		—)				
連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号					
	Email									
管理者	フリガナ									
	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)									
他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地									
	兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等									
短期入所療養介護の実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	通所リハビリテーションの実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	訪問リハビリテーションの実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
施設を共用する事業所等の名称(共用する場合記入)			フリガナ							
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								
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										
サービス提供単位1	従業者の職種・員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員	
	介護老人保健施設従事人数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
	介護老人保健施設従事人数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	療養室	1室の最大定員				人				
		入所者1人あたり最小床面積				㎡				
廊下	片廊下の幅				m					
	中廊下の幅				m					
機能訓練室面積				㎡						
食堂面積				㎡						
入所者の予定数				人						
一日当たりの通所総利用者予定数				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		
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										
サービス提供単位2	従業者の職種・員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員	
	介護老人保健施設従事人数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
	介護老人保健施設従事人数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	療養室	1室の最大定員				人				
		入所者1人あたり最小床面積				㎡				
廊下	片廊下の幅				m					
	中廊下の幅				m					
機能訓練室面積				㎡						
食堂面積				㎡						
入所者の予定数				人						
一日当たりの通所総利用者予定数				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		
入所定員				人						

○通所リハビリテーション(該当する場合のみ)											
○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									
		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											
専用の部屋の面積				㎡	利用定員(同時利用)				人		
○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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
		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)											
○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									
○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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
		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)											
○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									
○訪問リハビリテーション(該当する場合のみ)											
○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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
常勤(人)											
非常勤(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。
- 3 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

(参考) 介護老人保健施設の許可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	

■通所リハビリテーションサービス提供単位3以降

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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
			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)											
	○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	:									
	入		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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
			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)											
	○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	:									
	入		日曜日・祝日	:								
サービス提供時間		:										
利用定員		人										

付表第一号(十七) 介護医療院の許可等に係る記載事項

施設	法人番号									
	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号)		都 道	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									
	当該施設で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)									
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)		兼務先の名称、所在地							
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等								
短期入所療養介護の実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		通所リハビリテーションの実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
				訪問リハビリテーションの実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
施設を共用する事業所等の名称(共用する場合記入)				フリガナ名称						
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						
療養棟名										
施設類型(いずれか一方を選択)				<input type="checkbox"/> I型介護医療院		<input type="checkbox"/> II型介護医療院				
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				
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		医 師		薬剤師		看護職員		介護職員	
			専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務	
	介護医療院従事人数		常 勤(人) 非常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)									
			理学・作業療法士、言語聴覚士		栄養士・管理栄養士		放射線技師		介護支援専門員	
			専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務	
	介護医療院従事人数		常 勤(人) 非常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
療養室		1室の最大定員				人				
		入所者1人あたり最小床面積				㎡				
廊下		片廊下の幅				m				
		中廊下の幅				m				
		機能訓練室面積				㎡				
		食堂(共同生活室)面積				㎡				
		入所者の予定数				人				
		一日当たりの通所総利用者予定数				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		
		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				
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		医 師		薬剤師		看護職員		介護職員	
			専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務	
	介護医療院従事人数		常 勤(人) 非常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)									
			理学・作業療法士、言語聴覚士		栄養士・管理栄養士		放射線技師		介護支援専門員	
			専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務	
	介護医療院従事人数		常 勤(人) 非常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
療養室		1室の最大定員				人				
		入所者1人あたり最小床面積				㎡				
廊下		片廊下の幅				m				
		中廊下の幅				m				
		機能訓練室面積				㎡				
		食堂(共同生活室)面積				㎡				
		入所者の予定数				人				
		一日当たりの通所総利用者予定数				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		
		入所定員				人				

○通所リハビリテーション(該当する場合のみ)												
○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										
		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												
専用の部屋の面積				m ²				利用定員(同時利用)				人
○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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員		
		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)												
○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										
○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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員		
		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)												
○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										
○訪問リハビリテーション(該当する場合のみ)												
○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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
常勤(人)												
非常勤(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。
 3 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

(参考) 介護医療院の許可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	

■複数療養棟

療養棟名												
施設類型(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> I型介護医療院					<input type="checkbox"/> II型介護医療院					
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												
サービス提供単位3	従業者の職種・員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員			
	介護医療院従事人数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
		非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)											
	介護医療院従事人数	常勤(人)	理学・作業療法士、言語聴覚士	栄養士・管理栄養士		放射線技師		介護支援専門員				
		非常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	療養室		1室の最大定員		人							
			入所者1人あたり最小床面積		㎡							
廊下		片廊下の幅		m								
		中廊下の幅		m								
		機能訓練室面積		㎡								
		食堂(共同生活室)面積		㎡								
		入所者の予定数		人								
		一日当たりの通所総利用者予定数		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								
		入所定員		人								
サービス提供単位4	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		薬剤師		看護職員		介護職員			
	介護医療院従事人数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
		非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)											
	介護医療院従事人数	常勤(人)	理学・作業療法士、言語聴覚士	栄養士・管理栄養士		放射線技師		介護支援専門員				
		非常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
療養室		1室の最大定員		人								
		入所者1人あたり最小床面積		㎡								
廊下		片廊下の幅		m								
		中廊下の幅		m								
		機能訓練室面積		㎡								
		食堂(共同生活室)面積		㎡								
		入所者の予定数		人								
		一日当たりの通所総利用者予定数		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								
		入所定員		人								

■通所リハビリテーションサービス提供単位3以降

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										
		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員		
従業者の職種・員数		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)												
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										
		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日			
営業日(該当に○)												
営業時間		その他(年末年始休日等)										
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4		○人員に関する基準の確認に必要な事項										
		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員		
従業者の職種・員数		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)												
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										
		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日			
営業日(該当に○)												
営業時間		その他(年末年始休日等)										
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					

附則

(施行期日)

第一条 この告示は、令和六年四月一日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。

一 第六十条の規定 公布の日

二 第二条、第六条、第九条、第十一条、第十四条、第二十三条、第四十条、第四十六条、第四十八条、第五十一条、第五十四条、第五十六条、第五十九条及び第六十二条の規定並びに附則第二条第二項、第三条及び第十三条第二項の規定 令和六年六月一日

三 第三十条、第三十三条、第三十五条及び第三十六条の規定 令和六年八月一日

四 第三条、第七条、第十二条、第二十四条、第二十六条、第三十一条、第三十四条、第三十八条、第五十二条及び第五十七条の規定並びに附則第十一条の規定 令和七年八月一日

(業務継続計画未策定減算に係る経過措置)

第二条 令和七年三月三十一日までの間は、第一条の規定による改正後の指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表指定居宅サービス介護給付費単位数表(以下「指定居宅サービス介護給付費単位数表」という。)の訪問介護費のイからハまでの注6、訪問入浴介護費のイの注3、通所介護費のイ及びロの注5、短期入所生活介護費のイ(1)から(3)までの注6、ロ(1)から(5)までの注6、ハ(1)から(3)までの注6及びホ(1)から(7)までの注6、特定施設入居者生活介護費のイからハまでの注6並びに福祉用具貸与費の注2、第四条の規定による改正後の指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準別表指定居宅介護支援介護給付費単位数表の居宅介護支援費のイの注4、第五条の規定による改正後の指定施設サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表指定施設サービス等介護給付費単位数表(以下「指定施設サービス等介護給付費単位数表」という。)の介護福祉施設サービスのイ及びロの注7、介護保健施設サービスのイ及びロの注6並びに介護医療院サービスのイからハまでの注6、第八条の規定による改正後の指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表指定地域密着型サービス介護給付費単位数表(以下「指定地域密着型サービス介護給付費単位数表」という。)の定期巡回・随時対応型訪問介護看護費のイからハまでの注6、夜間対応型訪問介護費のイ及びロの注3、地域密着型通所介護費のイからハまでの注5、認知症対応型通所介護費のイ及びロの注3、小規模多機能型居宅介護費のイ及びロの注6、認知症対応型共同生活介護費のイ及びロの注4、地域密着型特定施設入居者生活介護費のイ及びロの注5、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費のイから二までの注7並びに複合型サービス費のイ及びロの注6、第十条の規定による改正後の指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表指定介護予防サービス介護給付費単位数表(以下「指定介護予防サービス介護給付費単位数表」という。)の介護予防訪問入浴介護費のイの注3、介護予防短期入所生活介護費のイ及びロの注5、介護予防短期入所療養介護費のイ(1)及び(2)の注5、ロ(1)から(4)までの注5、ハ(1)及び(2)の注5並びにホ(1)から(6)までの注5、介護予防特定施設入居者生活介護費のイ及びロの注4並びに介護予防福祉用具貸与費の注2、第十三条の規定による改正後の指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表指定地域密着型介護予防サービス介護給付費単位数表(以下「指定地域密着型介護予防サービス介護給付費単位数表」という。)の介護予防認知症対応型通所介護費のイ及びロの注3、介護予防小規模多機能型居宅介護費のイ及びロの注6並びに介護予防認知症対応型共同生活介護費のイ及びロの注4、第十五条の規定による改正後の指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準別表指定介護予防支援介護給付費単位数表の介護予防支援費のイの注4並びに第五十七条の規定による改正後の介護保険法施行規則第四百零九条の六十三の二第一項第一号に規定する厚生労働大臣が定める基準別表単位数表の訪問型サービスのイ及びロの注5並びに介護予防ケアマネジメント費のイの注3の規定は、適用しない。ただし、通所介護費、短期入所生活介護費、短期入所療養介護費、特定施設入居者生活介護費、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護医療院サービス、地域密着型通所介護費、認知症対応型通所介護費、小規模多機能型居宅介護費、認知症対応型共同生活介護費、地域密着型特定施設入居者生活介護費、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費、複合型サービス費、介護予防短期入所生活介護費、介護予防短期入所療養介護費、介護予防特定施設入居者生活介護費、介護予防認知症対応型共同生活介護費又は通所型サービス費を算定している事業所又は施設が感染症の予防及びまん延の防止のための指針及び非常災害に関する具体的計画を策定していない場合は、この限りでない。

2 令和七年三月三十一日までの間は、第二条の規定による改正後の指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費のイからハまでの注4、訪問リハビリテーション費のイの注3並びに通所リハビリテーション費のイ及びロの注3並びに第十一条の規定による改正後の指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問看護費のイ及びロの注3、介護予防訪問リハビリテーション費のイの注3並びに介護予防通所リハビリテーション費のイの注3の規定は、適用しない。ただし、通所リハビリテーション費又は介護予防通所リハビリテーション費を算定している事業所が感染症の予防及びまん延の防止のための指針及び非常災害に関する具体的計画を策定していない場合は、この限りでない。

(介護職員等処遇改善加算に係る経過措置)

第三条 令和七年三月三十一日までの間は、第五十四条の規定による改正後の厚生労働大臣が定める基準第四号イの(1)の(一)(同告示第六号、第二十四号、第三十四号、第四十四号、第八十八号、第九十四号、第百号の七、第百二号、第百十四号、第百二十一号及び第百三十号において準用する場合を含む。)、第三十九号イの(1)の(一)(同告示第四十一号、第百十七号及び第百十九号において準用する場合を含む。)、及び第四十八号イの(1)の(一)(同告示第五十一号、第五十一号の十、第五十三号、第五十八号、第六十号、第六十二号、第七十三号、第八十一号、第百二十三号、第百二十七号、第百二十九号及び第百三十六号において準用する場合を含む。)、の規定は適用せず、同告示第四号イの(1)の(一)(同告示第六号、第二十四号、第三十四号、第四十四号、第八十八号、第九十四号、第百号の七、第百二号、第百十四号、第百二十一号及び第百三十号において準用する場合を含む。)、第三十九号イの(1)の(一)(同告示第四十一号、第百十七号及び第百十九号において準用する場合を含む。)、及び第四十八号イの(1)の(一)(同告示第五十一号、第五十一号の十、第五十三号、第五十八号、第六十号、第六十二号、第八十一号、第百二十三号、第百二十七号、第百二十九号及び第百三十六号において準用する場合を含む。)、の適用については、これらの規定中「賃金改善後の賃金の見込額が年額四百四十万円以上であること」とあるのは、「賃金改善に要する費用の見込額が月額八万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額四百四十万円以上であること」とする。

(協力医療機関連携加算に係る経過措置)

第十条 令和七年三月三十一日までの間は、第五条の規定による改正後の指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護福祉施設サービスのト、介護保健施設サービスのチ及び介護医療院サービスのル並びに第八条の規定による改正後の指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費のリの適用については、これらの規定中「〇〇世帯」とあるのは、「〇〇世帯」とする。

(室料相当額控除に係る経過措置)

第十一条 令和九年七月三十一日までの間は、第五十七条の規定による改正後の厚生労働大臣が定める施設基準第五十七号の二イ中「算定日が属する計画期間（法第四百七条第二項第一号に規定する計画期間をいう。以下同じ。）の前の計画期間（算定日が計画期間の開始後四月以内の日である場合は、前の計画期間の前の計画期間）の最終年度」とあるのは、「令和六年度」とする。

(介護療養型医療施設の廃止に係る経過措置)

第十二条 令和六年三月三十一日において現に第五条の規定による改正前の指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護医療院サービスのイからハまでの注12に該当する者であつて、令和六年四月一日以降も引き続き介護医療院の従来型個室に入所するものに対して、Ⅰ型介護医療院サービス費、Ⅱ型介護医療院サービス費又は特別介護医療院サービス費を支給する場合は、当分の間、それぞれ、Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ)のⅠ型介護医療院サービス費(Ⅱ)、Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅲ)のⅠ型介護医療院サービス費(Ⅳ)、Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅴ)のⅡ型介護医療院サービス費(Ⅵ)、Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅶ)のⅡ型介護医療院サービス費(Ⅷ)、Ⅱ型特別介護医療院サービス費(Ⅸ)又はⅡ型特別介護医療院サービス費(Ⅹ)のⅡ型介護医療院サービス費(Ⅺ)を算定する。

(様式に関する経過措置)

第十三条 第六十一条の規定による改正前の様式は、令和六年九月三十日までの間、同条の規定による改正後の様式に代えて使用することができる。
2 第六十二条の規定による改正前の様式は、令和六年九月三十日までの間、同条の規定による改正後の様式に代えて使用することができる。