

平成30年度

指定に関する様式等

集 団 指 導 資 料

香川県健康福祉部 長寿社会対策課

高松市健康福祉局長寿福祉部 介護保険課

平成31年3月22日・26日

老 発 0629 第 3 号
平成 30 年 6 月 29 日

都道府県知事
各指定都市市長 殿
中核市市長

厚生労働省老健局長
(公 印 省 略)

「介護保険法施行規則等の一部を改正する省令」の公布等について

介護保険制度の運営につきましては、平素より種々御尽力をいただき、厚く御礼申し上げます。
介護保険法施行規則等の一部を改正する省令（平成 30 年厚生労働省令第 80 号。以下「改正省令」という。）については、本日公布され、平成 30 年 10 月 1 日（以下「施行日」という。）より施行することとしています。

改正省令の主な内容及び改正省令に関連する文書の取扱いについては、下記の通りですので、貴職におかれましては、これを御了知いただくとともに、市町村（特別区を含む。）を始め、関係者、関係団体等に対し周知をお願いいたします。

記

第一 改正省令の概要

介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号。以下「施行規則」という。）の一部改正

・指定申請に係る文書等を削減する観点から、介護保険サービスの指定等につき、以下の対応を行う。

1 申請者又は開設者の定款、寄附行為等

申請者又は開設者の法人格を確認する趣旨で、「申請者（又は開設者）の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等」の提出を求めているが、法人格については直近の登記事項証明書のみで確認できるため、申請者又は開設者の定款、寄附行為等の項目を削除する。

（全サービス）

2 事業所の管理者の経歴

事業所に適切に管理者を配置していることを確認するために提出を求めているが、経歴の情報が無くとも氏名、住所、生年月日の情報をもって配置が確認できるため、事業所の管理者の経歴の項目を削除する。

（（介護予防）認知症対応型通所介護、（介護予防）認知症対応型共同生活介護、（介護予防）小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護を除く各サービス）

3 役員の氏名、生年月日及び住所

役員が欠格事由に該当しないことを確認する書類に付随して提出を求めているが、役員の氏名、生年月日及び住所の情報が無くとも代表者が誓約書にて誓約することをもって確認できるため、役員の氏名、生年月日及び住所の項目を削除する。

（全サービス）

4 当該申請に係る事業に係る資産の状況

申請者が適切に事業を実施できることを確認するために資産の状況の提出を求めているものであるが、指定基準（設備基準）を満たしているかについては「事業所の平面図（並びに設備及び備品の概要）」により確認できるため、当該申請に係る事業に係る資産の状況の項目を削除する。

（全サービス）

5 当該申請に係る事業に係る各介護サービス事業費の請求に関する事項

申請者が適切に事業を実施できることを確認するために提出を求めているものであるが、介護給付費の請求手続きにおいてのみ求めることで足りるため、当該申請に係る事業に係る各介護サービス事業費の請求に関する事項の項目を削除する。

（（介護予防）福祉用具販売を除く各サービス）

6 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 (X)

介護支援専門員の配置状況を確認するために提出を求めているものであるが、別途提出する従

業者の勤務態勢及び勤務形態にて配置状況を確認できるため、介護支援専門員の氏名及びその登録番号の項目を削除する。

(訪問介護、夜間対応型訪問介護、(介護予防)訪問入浴介護、(介護予防)訪問看護、通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護、(介護予防)短期入所生活介護、(介護予防)訪問リハビリテーション、(介護予防)通所リハビリテーション、(介護予防)居宅療養管理指導、(介護予防)福祉用具貸与、(介護予防)福祉用具販売、地域密着型通所介護、定期巡回・随時対応型訪問看護介護を除く各サービス)

(※)6.15については、平成30年9月28日に改正され、申請項目として求めることとなっている(老発0928第2号)

第二 その他の文書の削減について

第一の対応に加え、各介護保険サービスに係る指定の申請等に際しては、「事業所の平面図」や「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」を記載した書類等を求める場合があるが、こうした書類等に付随して、写真を添付することを求める場合があるものと承知している。

「事業所の平面図」や「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」については、各介護保険サービス事業所が各サービスの指定基準に則ってサービス提供ができるかを確認するためのものであることから、これに写真を付随させる場合についても、指定の設備基準として規定されている事項を確認するためのものに限り、添付させることとされたい。

第三 その他の事項について

上記のような指定申請に係る文書の削減に合わせて、今後、「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」(平成18年2月20日付事務連絡)及び「指定居宅サービス事業所等の指定等に関する参考様式(案)について」(平成18年2月28日付事務連絡)においてお示しした指定申請に係る参照様式について、現在、その改正を検討しているところ。改正後の参照様式については、施行日を目途にお示ししたいと考えているため、こうしたものも活用したうえで、手続きの簡略化に努めていただきたい。

以上

改正	平成13年3月6日規則第5号	平成17年3月4日規則第4号
	平成18年3月28日規則第41号	平成20年11月28日規則第65号
	平成21年5月1日規則第44号	平成24年3月30日規則第25号
	平成30年3月30日規則第19号	平成30年9月28日規則第41号

指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設の指定等に関する規則をここに公布する。

指定居宅サービス事業者の指定等に関する規則

題名改正〔平成18年規則41号〕

(趣旨)

第1条 この規則は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成23年法律第72号）附則第37条に規定する平成18年旧介護保険法（以下「平成18年旧介護保険法」という。）、介護保険法施行法（平成9年法律第124号）及び介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）に定めるもののほか、指定居宅サービス事業者、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業者の指定等に関し必要な事項を定めるものとする。

一部改正〔平成18年規則41号・24年25号・30年19号〕

(指定の申請等)

第2条 法第70条第1項、第86条第1項、第94条第1項、第107条第1項及び第115条の2第1項の指定又は許可の申請は、指定居宅サービス事業者（介護保険施設、指定介護予防サービス事業者）指定（開設許可）申請書（第1号様式）により行うものとする。

一部改正〔平成18年規則41号・24年25号・30年19号〕

(指定の更新の申請等)

第2条の2 法第70条の2第1項（法第115条の11において準用する場合を含む。）、第86条の2第1項、第94条の2第1項及び第108条第1項並びに平成18年旧介護保険法第107条の2第1項の更新の申請は、指定居宅サービス事業者（介護保険施設、指定介護予防サービス事業者）指定（開設許可）更新申請書（第1号様式の2）により行うものとする。

追加〔平成18年規則41号〕、一部改正〔平成21年規則44号・24年25号・30年19号〕

(指定居宅サービス事業者の指定の変更申請)

第2条の3 法第70条の3第1項の指定の変更の申請は、指定居宅サービス事業者指定変更申請書（第1号様式の3）により行うものとする。

追加〔平成24年規則25号〕

(指定居宅サービス事業者の特例に係る申出)

第3条 法第71条第1項ただし書及び第72条第1項ただし書（法第115条の11において準用する場合を含む。）の申出は、指定を不要とする旨の申出書（第2号様式）により行うものとする。

一部改正〔平成18年規則41号・21年44号〕

(変更の届出等)

第4条 法第75条第1項、第89条、第99条第1項、第113条第1項及び第115条の5第1項並びに平成18年旧介護保険法第111条の規定による届出は、変更に係るものにあつては変更届出書（第3号様式）により、休止した事業又は施設の再開に係るものにあつては再開届出書（第3号様式の2）により、それぞれ行うものとする。

2 法第75条第2項、第99条第2項、第113条第2項及び第115条の5第2項の規定による届出は、廃止（休止）届出書（第4号様式）により行うものとする。

一部改正〔平成18年規則41号・21年44号・24年25号・30年19号〕

(指定の辞退)

第5条 法第91条及び平成18年旧介護保険法第113条の規定による指定の辞退は、指定辞退

届出書（第5号様式）を提出して行うものとする。

一部改正〔平成24年規則25号〕

（介護老人保健施設及び介護医療院の開設許可事項の変更許可申請）

第6条 法第94条第2項及び第107条第2項の許可の申請は、介護老人保健施設（介護医療院）開設許可事項変更許可申請書（第6号様式）により行うものとする。

一部改正〔平成30年規則19号〕

（介護老人保健施設及び介護医療院の管理者の承認申請）

第7条 法第95条及び第109条の承認の申請は、介護老人保健施設（介護医療院）管理者承認申請書（第7号様式）により行うものとする。

一部改正〔平成30年規則19号〕

（介護老人保健施設及び介護医療院の広告事項の許可申請）

第8条 法第98条第1項第4号及び第112条第1項第4号の許可の申請は、介護老人保健施設（介護医療院）広告事項許可申請書（第8号様式）により行うものとする。

一部改正〔平成30年規則19号〕

（指定介護療養型医療施設の指定の変更申請）

第9条 平成18年旧介護保険法第108条第1項の指定の変更の申請は、指定介護療養型医療施設指定変更申請書（第9号様式）により行うものとする。

一部改正〔平成24年規則25号〕

（業務管理体制の整備に関する事項の届出等）

第10条 法第115条の32第2項及び第4項並びに平成18年旧介護保険法第115条の32第2項及び第4項の規定による届出は、介護サービス事業者業務管理体制届出書（第10号様式）により行うものとする。

2 法第115条の32第3項並びに平成18年旧介護保険法第115条の32第3項の規定による届出は、介護サービス事業者業務管理体制届出事項変更届出書（第11号様式）により行うものとする。

追加〔平成21年規則44号〕、一部改正〔平成24年規則25号〕

（補則）

第11条 この規則に定めるもののほか、指定居宅サービス事業者、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業者の指定等に関し必要な事項は、別に定める。

一部改正〔平成18年規則41号・21年44号・30年19号〕

附 則

この規則は、平成12年4月1日から施行する。

附 則（平成13年3月6日規則第5号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成17年3月4日規則第4号）

この規則は、平成17年3月7日から施行する。

附 則（平成18年3月28日規則第41号）

この規則は、平成18年4月1日から施行する。ただし、第1条の規定は、公布の日から施行する。

附 則（平成20年11月28日規則第65号抄）

（施行期日）

1 この規則は、平成20年12月1日から施行する。

（様式に関する経過措置）

2 改正前の各規則に定める様式による用紙は、当分の間、修正して使用することができる。

附 則（平成21年5月1日規則第44号抄）

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。

（指定居宅サービス事業者の指定等に関する規則の一部改正に伴う経過措置）

3 この規則の施行の際現に第2条の規定による改正前の指定居宅サービス事業者の指定等に関する規則の規定により提出されている書類は、改正後の指定居宅サービス事業者の指定等に関する規則の規定により提出されている書類とみなす。

4 第2条の規定による改正前の指定居宅サービス事業者の指定等に関する規則に定める様式による用紙は、当分の間、修正して使用することができる。

附 則（平成24年3月30日規則第25号）

- 1 この規則は、平成24年4月1日から施行する。
- 2 改正前の各規則に定める様式による用紙は、当分の間、修正して使用することができる。

附 則（平成30年3月30日規則第19号）

- 1 この規則は、平成30年4月1日から施行する。
- 2 改正前の指定居宅サービス事業者の指定等に関する規則に定める様式による用紙は、当分の間、修正して使用することができる。

附 則（平成30年9月28日規則第41号）

- 1 この規則は、平成30年10月1日から施行する。
- 2 改正前の指定居宅サービス事業者の指定等に関する規則に定める様式による用紙は、当分の間、修正して使用することができる。

第1号様式

（第2条関係）

全部改正〔平成18年規則41号〕、一部改正〔平成20年規則65号・21年44号・24年25号・30年19号・41号〕

第1号様式の2

（第2条の2関係）

追加〔平成18年規則41号〕、一部改正〔平成20年規則65号・21年44号・30年19号〕

第1号様式の3

（第2条の3関係）

追加〔平成24年規則25号〕

第2号様式

（第3条関係）

一部改正〔平成18年規則41号・21年44号〕

第3号様式

（第4条関係）

全部改正〔平成18年規則41号〕、一部改正〔平成21年規則44号・24年25号・30年19号・41号〕

第3号様式の2

（第4条関係）

追加〔平成21年規則44号〕、一部改正〔平成30年規則19号〕

第4号様式

（第4条関係）

一部改正〔平成18年規則41号・21年44号・30年19号〕

第5号様式

（第5条関係）

第6号様式

（第6条関係）

一部改正〔平成30年規則19号〕

第7号様式

（第7条関係）

一部改正〔平成30年規則19号〕

第8号様式

（第8条関係）

一部改正〔平成30年規則19号〕

第9号様式

（第9条関係）

一部改正〔平成13年規則5号・18年41号・24年25号〕

第10号様式

（第10条関係）

追加〔平成21年規則44号〕、一部改正〔平成24年規則25号・30年41号〕

第11号様式

(第10条関係)

追加〔平成21年規則44号〕、一部改正〔平成24年規則25号〕

※受付番号

指定居宅サービス事業者（介護保険施設、指定介護予防サービス事業者）指定（開設許可）申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 住所
氏 名

㊦

〔法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名〕

指定居宅サービス事業者（介護保険施設、指定介護予防サービス事業者）の指定（開設許可）を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

※事業所所在地市町番号

申 請 者	フリガナ					
	名 称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —) (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
者	法人の種類別			法人所轄庁		
	代表者の職・氏名・生年月日	職名		フリガナ氏名	生年月日	
	代表者（開設者）の住所	(郵便番号 —) (ビルの名称等)				
	フリガナ					
指定（許可）を受けようとする事業所（施設）の種類	事業所の所在地	(郵便番号 —) (ビルの名称等)				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定（許可）申請をする事業等（事業開始予定年月日）	既に指定（許可）を受けている事業等（指定（許可）年月日）	備考	
	居 宅	訪問介護				
		共生型訪問介護				
		訪問入浴介護				
	サ ー ビ ス	訪問看護				
		訪問リハビリテーション				
		居宅療養管理指導				
		通所介護				
		共生型通所介護				
		通所リハビリテーション				
		短期入所生活介護				
		共生型短期入所生活介護				
		短期入所療養介護				
		特定施設入居者生活介護				
	施 設	福祉用具貸与				
		特定福祉用具販売				
		介護老人福祉施設				
		介護老人保健施設				
		介護医療院				
		介護予防訪問入浴介護				
		介護予防訪問看護				
		介護予防訪問リハビリテーション				
		介護予防居宅療養管理指導				
		介護予防通所リハビリテーション				
		介護予防短期入所生活介護				
		共生型介護予防短期入所生活介護				
介護予防短期入所療養介護						
介護予防特定施設入居者生活介護						
介護予防福祉用具貸与						
特定介護予防福祉用具販売						
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						

- 備考
- 1 ※印の欄には、記入しないでください。
 - 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。
 - 3 「法人所轄庁」欄は、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入してください。
 - 4 「実施事業」欄は、今回申請及び既に指定等を受けているものを含めて、該当する欄に「○」を記入してください。

なお、今回の申請に伴い、介護保険法第72条第1項（同法第115条の11において準用する場合を含む。）の規定に基づき、指定があったものとみなされる事業については、「実施事業」欄に「みなし」と記入してください。
 - 5 「指定（許可）申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始（開設）予定年月日を記入してください。
 - 6 「既に指定等を受けている事業等」欄は、介護保険法による指定事業者又は介護保険施設として指定（許可）された年月日（介護保険法第71条第1項又は第72条第1項の規定に基づき指定があったものとみなされたときは保険医療機関等の指定等を受けた年月日、介護保険法施行法第4条、第5条、第7条及び第8条の規定に基づき指定（許可）があったものとみなされたものについては「12. 4. 1」）を記入してください。

なお、共生型居宅サービス、共生型介護予防サービスの申請をする場合は、児童福祉法、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定があった年月日を記入してください。
 - 7 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード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」欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記入してください。
 - 8 この申請書には、指定（許可）を受けようとする事業所（施設）の種類ごとに、知事が別に定める書類を添付してください。
 - 9 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

新規申請書類確認票(訪問介護)

事業所名()

新規		番号	書類	様式	備考
居宅サービス	共生型サービス				
			本票(申請書類確認票)		<input type="checkbox"/> 本票により、提出書類を確認してください。
			指定(許可)申請書	第1号	
			訪問介護事業所の指定に係る記載事項	付表1-1	
				付表1-1 別添	<input type="checkbox"/> 添付した書類に○印をつけてください。
	☆	1	法人登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 原本又は写しを添付してください。
		2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	
			組織体制図	任意様式	<input type="checkbox"/> 様式はありませんので、法人内での兼務関係が分かるものを作成してください。
			資格証		<input type="checkbox"/> 写しを添付してください。
			雇用契約書の写等		<input type="checkbox"/> 写しを添付してください。
	☆	3	事業所のサービス提供責任者の経歴書	参考様式2	
	☆	4	事業所の平面図、位置図	参考様式3	<input type="checkbox"/> 平面図に、事業を行う区画のうち専用部分は赤で、共用部分は黄で囲んでください。 <input type="checkbox"/> 平面図には部屋の名称を記入してください。 <input type="checkbox"/> 位置図は、事業所の場所が確認できる地図等にマーカー等で印をしてください。
	☆		外観及び内部の様子が分かる写真		<input type="checkbox"/> 必要に応じて写真を添付してください。
		5	運営規程	参考例あり	次の内容の記載があること。 1 事業の目的及び運営の方針 2 従業員の職種、員数及び職務の内容 3 営業日及び営業時間 4 指定訪問介護の内容及び利用料その他の費用の額 5 通常の事業の実施地域 6 緊急時等における対応方法 7 その他運営に関する重要事項
	☆	6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式6	
		7	損害賠償保険証書		<input type="checkbox"/> 損害賠償保険証書が間に合わない場合は、申込み状況が分かるものを添付し、後日証書の写しを提出してください。
		8	事業所所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行う施設の名称・所在地		<input type="checkbox"/> 所在地以外で行わない場合は、不要です。
		9	介護保険法第70条第2項各号に該当しないことを誓約する書面	参考様式9-1	
	☆	10	土地・建物の登記事項証明書		<input type="checkbox"/> 土地・建物を所有している場合、原本又は写しを添付してください。
			賃貸借契約書		<input type="checkbox"/> 土地・建物を賃借している場合、写しを添付してください。
×		11	障害福祉サービスの指定に係る通知の写し		<input type="checkbox"/> 共生型サービスの場合のみ添付してください。
	☆	12	社会保険、労働保険への加入状況にかかる確認票	確認票	

(注) 共生型訪問介護の欄に☆印のある書類は、同一事業所において既に指定障害福祉サービス(居宅介護、重度訪問介護)の指定を受けており、指定障害福祉サービスの指定申請の際の添付書類から変更が無い場合は、本指定申請への添付は省略することができます。

付表 1-1 訪問介護事業者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 -)			
		(ビルの名称等)			
連絡先	電話番号		FAX 番号		
	Email				
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)	
	氏名				
	生年月日				
	訪問介護員等との兼務の有無		<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(兼務の場合記入)	名称	兼務する職種及び勤務時間等		
サービス提供責任者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)	
	氏名				
	生年月日				
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)	
	氏名				
生年月日					
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)			
		※基準上の必要人数(人)			
※適合の可否					
利用者の推定数(人)					
主な揭示事項	営業日				
	営業時間				
	利用料	法定代理受領分			
		法定代理受領分以外			
	その他の費用				
通常の事業実施地域					
添付書類		別添のとおり			

備考 1 ※印の欄は、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 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、その出張所等の所在地、サービス提供に当たる従業者の人数等を別様にして記載した書類を添付してください。
- 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。

記入例

付表1-1 訪問介護事業者の指定に係る記載事項

※受付番号

事業所	フリガナ	マルマルホウモンカイゴジギョウシヨ					
	名称	〇〇訪問介護事業所					
	所在地	(郵便番号760-0011) 香川県高松市番町4丁目1番10号 (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
		Email	〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇.jp				
管理者	フリガナ	カガワ タロウ	住所	(郵便番号760-8582)			
	氏名	香川 太郎		香川県高松市天神前6-1			
	生年月日						
	訪問介護員等との兼務の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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(兼務の場合記入)	名称	△▽居宅介護支援事業所 管理者 15:00~17:00				
サービス提供者	フリガナ	カイゴ キョウコ	住所	(郵便番号760-0017)			
	氏名	介護 京子		香川県高松市番町5丁目4番15号			
	生年月日						
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)			
	氏名						
生年月日							
従業者の職種・員数		訪問介護員等					
		専従		兼務			
		常勤(人)		2		1	
		非常勤(人)		3			
		常勤換算後の人数(人)		3.5人			
		※基準上の必要人数(人)					
※適合の可否							
利用者の推定数(人)		20人					
主な揭示事項	営業日	月曜日~金曜日(但し、祝日及び12/29~1/4を除く)					
	営業時間	9:00~18:00					
	利用料	法定代理受領分 介護報酬告示上の額に介護保険負担割合証に定める割合を乗じた額					
		法定代理受領分以外 介護報酬告示上の額					
	その他の費用	地域外交通費					
通常の事業実施地域	高松市、さぬき市、三木町						
添付書類		別添のとおり					

別添

訪問介護

指定（許可）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・施設の種類			備考
		訪問介護	共生型 訪問介護		
1	法人登記事項証明書又は条例等		☆		
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表 (組織体制図、資格証、雇用契約書の写等)				参考様式 1
3	サービス提供責任者の経歴書		☆		参考様式 2
4	事業所の平面図、位置図、 必要に応じて外観及び内部の様子がわかる写真		☆		参考様式 3
5	運営規程				参考例
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要		☆		参考様式 6
7	損害賠償保険証書（間に合わない場合は、申込み状況が分かるものを添付し、後日証書の写しを提出）				
8	当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行うときの名称・所在地				
9	介護保険法第70条第2項各号に該当しないことを誓約する書面				参考様式 9-1-①
10	土地及び建物の登記事項証明書（土地・建物を所有している場合のみ添付）				
	賃貸借契約書の写し（土地・建物を賃借している場合のみ添付）		☆		
11	障害福祉サービスの指定に係る通知の写し	X			
12	社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票		☆		確認票

- 備考
- ※印の欄は、記入しないでください。
 - [参考様式](#)、[参考例](#)を掲示しているので、適宜修正のうえ使用してください。
 - 該当欄に「○」を付してください。
 - 「サービス提供責任者の経歴書」は、次の書類に代えることが可能です。
 - 介護福祉士の場合、「介護福祉士登録証」の写し
 - 介護職員基礎研修課程修了者、介護職員実務者研修課程修了者及び訪問介護に関する1級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」
 - 保健師、看護師、准看護師の場合、その免許証等の写し
 - 共生型訪問介護の欄に☆印のある書類は、同一事業所において既に指定障害福祉サービス（居宅介護、重度訪問介護）の指定を受けており、指定障害福祉サービスの指定申請の際の添付書類から変更が無い場合は、本指定申請への添付は省略することができます。

老人福祉法による届出は済みですか。

はい ・ いいえ

記入担当者連絡先

事業所名			
担当者名			
連絡先	電話番号	FAX 番号	

更新申請書類確認票(訪問介護)

事業所名()

更新 居宅 サービス	番号	書類	様式	備考
		本票(申請書類確認票)		<input type="checkbox"/> 本票により、提出書類を確認してください。
		指定更新(許可)申請書	第1号-2	
		訪問介護事業所の指定に係る記載事項	付表1-1	
			付表1-1 別添	<input type="checkbox"/> 添付した書類に○印をつけてください。
☆	1	法人登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 原本又は写しを添付してください。
☆	2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	
☆		組織体制図	任意様式	<input type="checkbox"/> 様式はありませんので、法人内での兼務関係が分かるものを作成してください。
☆		資格証		<input type="checkbox"/> 写しを添付してください
☆		雇用契約書の写等		<input type="checkbox"/> 写しを添付してください。
☆	3	事業所のサービス提供責任者の経歴書	参考様式2	
☆	4	事業所の平面図、位置図	参考様式3	<input type="checkbox"/> 平面図に、事業を行う区画のうち専用部分は赤で、共用部分は黄で囲んでください。 <input type="checkbox"/> 平面図には部屋の名称を記入してください。 <input type="checkbox"/> 位置図は、事業所の場所が確認できる地図等にマーカー等で印をしてください。
☆		外観及び内部の様子が分かる写真		<input type="checkbox"/> 必要に応じて写真を添付してください。
☆	5	運営規程	参考例あり	次の内容の記載があること。 1 事業の目的及び運営の方針 2 従業者の職種、員数及び職務の内容 3 営業日及び営業時間 4 指定訪問介護の内容及び利用料その他の費用の額 5 通常の事業の実施地域 6 緊急時等における対応方法 7 その他運営に関する重要事項
☆	6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式6	
☆	7	事業所所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行う施設の名称・所在地		<input type="checkbox"/> 所在地以外で行わない場合は、不要です。
	8	介護保険法第70条第2項各号に該当しないことを誓約する書面	参考様式9-1	
☆	9	土地・建物の登記事項証明書		<input type="checkbox"/> 土地・建物を所有している場合、原本又は写しを添付してください。
		賃貸借契約書		<input type="checkbox"/> 土地・建物を賃借している場合、写しを添付してください。

(注) 更新欄に☆印のある書類は、新規指定時に提出された申請書類又は変更届の内容に変更がない場合は、指定更新申請書への添付は省略することができます。

付表 1-1 訪問介護事業者の指定更新に係る記載事項

※受付番号

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -)			
		(ビルの名称等)			
連絡先	電話番号		FAX 番号		
	Email				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)
	氏名				
	生年月日				
	訪問介護員等との兼務の有無			<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(兼務の場合記入)		名称		
		兼務する職種及び勤務時間等			
サービス提供責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)
	氏名				
	生年月日				
	フリガナ			住所	(郵便番号 -)
	氏名				
生年月日					
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)					
※基準上の必要人数(人)					
※適合の可否					
利用者の推定数(人)					
主な揭示事項	営業日				
	営業時間				
	利用料	法定代理受領分			
		法定代理受領分以外			
	その他の費用				
通常の事業実施地域					
添付書類		別添のとおり			

備考 1 ※印の欄は、記入しないでください。

- 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。
- 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、その出張所等の所在地、サービス提供に当たる従業者の人数等を別様にして記載した書類を添付してください。
- 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。

別添
訪問介護

指定（許可）更新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 (更新前の届出内容からの変更がない場合は、 「書類省略不可」以外のものは添付不要)	申請する事業・ 施設の種類			参考様式	更新前 届出内 容から の変更 の有無	
		訪問 介護				有	無
1	法人登記事項証明書又は条例等					有	無
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 (組織体制図、資格証、雇用契約書の写等)				参考様式 1	有	無
3	サービス提供責任者の経歴書				参考様式 2	有	無
4	事業所の平面図、位置図 必要に応じて外観及び内部の様子がわかる写真				参考様式 3	有	無
5	運営規程（変更有の場合は、新旧対照表を併せて添付）				参考例	有	無
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要				参考様式 6	有	無
7	当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行うときの名称・所在地					有	無
8	介護保険法第70条第2項各号に該当しないことを誓約する書面				参考様式 9-1-①		書類省略不可
9	土地及び建物の登記事項証明書（土地・建物を所有している場合のみ添付）					有	無
	賃貸借契約書の写し（土地・建物を賃借している場合のみ添付）					有	無

- 備考
- ※印の欄は、記入しないでください。
 - [参考様式](#)、[参考例](#)を掲示しているので、適宜修正のうえ使用してください。
 - 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。
 - 「サービス提供責任者の経歴書」は、次の書類に代えることが可能です。
 - (1) 介護福祉士の場合、「介護福祉士登録証」の写し
 - (2) 介護職員基礎研修課程修了者、介護職員実務者研修課程修了者及び訪問介護に関する1級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」
 - (3) 保健師、看護師、准看護師の場合、その免許証等の写し

記入担当者連絡先		
事業所名		
担当者名		
連絡先	電話番号	FAX番号

記入例

付表1-1 訪問介護事業者の指定更新に係る記載事項

※受付番号

事業所	フリガナ	マルマルホウモンカイゴジギョウシヨ			
	名称	〇〇訪問介護事業所			
	所在地	(郵便番号760-0011) 香川県高松市番町4丁目1番10号 (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
		Email	〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇.jp		
管理者	フリガナ	カガワ タロウ	住所	(郵便番号760-8582)	
	氏名	香川 太郎		香川県高松市天神前6-1	
	生年月日				
	訪問介護員等との兼務の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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(兼務の場合記入)	名称	△▽居宅介護支援事業所 管理者 15:00~17:00		
サービス提供者	フリガナ	カイゴ キョウコ	住所	(郵便番号760-0017)	
	氏名	介護 京子		香川県高松市番町5丁目4番15号	
	生年月日				
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)	
	氏名				
生年月日					
従業者の職種・員数		訪問介護員等			
		専従	兼務		
常勤(人)		2	1		
非常勤(人)		3			
常勤換算後の人数(人)		3.5人			
※基準上の必要人数(人)					
※適合の可否					
利用者の推定数(人)		35人			
主な揭示事項	営業日	月曜日~金曜日(但し、祝日及び12/29~1/4を除く)			
	営業時間	9:00~18:00			
	利用料	法定代理受領分 介護報酬告示上の額に介護保険負担割合証に定める割合を乗じた額			
		法定代理受領分以外 介護報酬告示上の額			
	その他の費用	地域外交通費			
通常の事業実施地域	高松市、さぬき市、三木町				
添付書類		別添のとおり			

新規申請書類確認票(通所介護)

事業所名()

新規		番号	書類	様式	備考
居宅サービス	共生型サービス				
			本票(申請書類確認票)		<input type="checkbox"/> 本票により、提出書類を確認してください。
			指定(許可)申請書	第1号	<input type="checkbox"/>
			通所介護事業者の指定に係る記載事項	付表6-1	<input type="checkbox"/>
				付表6-1別添	<input type="checkbox"/> 添付した書類に○印をつけてください。
	☆	1	法人登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 原本又は写しを添付してください。
		2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/>
			組織体制図	任意様式	<input type="checkbox"/> 様式はありませんので、法人内での兼務関係が分かるものを作成してください。
			資格証		<input type="checkbox"/> 写しを添付してください。
			雇用契約書の写等		<input type="checkbox"/> 写しを添付してください。
	☆	3	事業所の平面図、位置図	参考様式3	<input type="checkbox"/> 平面図に、事業を行う区画のうち専用部分は赤で、共用部分は黄で囲んでください。 <input type="checkbox"/> 平面図には部屋の名称を記入してください。 <input type="checkbox"/> 位置図は、事業所の場所が確認できる地図等にマーカー等で印をしてください。
	☆		外観及び内部の様子がわかる写真		<input type="checkbox"/> 必要に応じて写真を添付してください。
	☆		設備及び備品の概要	参考様式5	<input type="checkbox"/> 設備及び備品を記入してください。
		4	運営規程	参考例あり	次の内容の記載があること。 1 事業の目的及び運営の方針 2 従業者の職種、員数及び職務の内容 3 営業日及び営業時間 4 サービス提供時間 5 指定通所介護の利用定員 6 指定通所介護の内容及び利用料その他の費用の額 7 通常の事業の実施地域 8 サービス利用にあたっての留意事項 9 緊急時等における対応方法 10 非常災害対策 11 その他運営に関する重要事項
	☆	5	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式6	<input type="checkbox"/>
		6	損害賠償保険証書		<input type="checkbox"/> 損害賠償保険証書が間に合わない場合は、申込み状況が分かるものを添付し、後日証書の写しを提出してください。
		7	事業所所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行う施設の名称・所在地		<input type="checkbox"/> 所在地以外で行わない場合は、不要です。
		8	介護保険法第70条第2項各号に該当しないことを誓約する書面	参考様式9-1	<input type="checkbox"/>
		9	土地・建物の登記事項証明書		<input type="checkbox"/> 土地・建物を所有している場合、原本又は写しを添付してください。
	☆		賃貸借契約書		<input type="checkbox"/> 土地・建物を賃借している場合、写しを添付してください。
	☆		建築検査済証の写し		<input type="checkbox"/> 写しを添付してください。
	☆		消防検査済証の写し		<input type="checkbox"/> 写しを添付してください。
		10	障害児通所支援、障害福祉サービスの指定に係る通知の写し		<input type="checkbox"/> 共生型サービスの場合のみ添付してください。
	☆	11	社会保険、労働保険への加入状況に係る確認票	確認票	<input type="checkbox"/>

(注) 共生型通所介護の欄に☆印のある書類は、同一事業所において既に指定障害児通所支援(児童発達支援、放課後等デイサービス)、指定障害福祉サービス(生活介護、自立訓練(機能訓練、生活訓練))の指定を受けており、指定障害児通所支援、指定障害福祉サービスの指定申請の際の添付書類から変更がない場合は、本指定申請への添付は省略することができます。

付表 6 - 1 通所介護（療養通所介護）事業者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 -)						
		(ビルの名称等)						
連絡先	電話番号				FAX 番号			
	Email							
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)		
	氏名							
	生年月日							
	当該通所介護事務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						
兼務する職種及び勤務時間等								
実施単位数	単位							
同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限					人			
単位別従業者の職種・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）							
	※基準上の必要人数（人）							
※適合の可否								
食堂及び機能訓練室の合計面積				※基準上の必要数値		※適合の可否		
				㎡		㎡以上		
主な揭示事項	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						
		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 ※印の欄は、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 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 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、別様に記載し添付してください。
- 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、「付表 6 - 2」に必要事項を記載のうえ、添付してください。

通所介護（療養通所介護）

※受付番号	
-------	--

実施単位数が複数の場合は、単位ごとに下記について記載のこと。

単位別従業者の職種・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）								
※基準上の必要人数（人）								
※適合の可否								

記入例

付表6-1 通所介護（療養通所介護）事業者の指定に係る記載事項

※受付番号

事業所	フリガナ	マルマルデイサービスセンター						
	名称	〇〇デイサービスセンター						
	所在地	(郵便番号760-0011) 香川県高松市番町4丁目1番10号 (ビルの名称等)						
	連絡先	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
	Email	〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇.jp						
管理者	フリガナ	カガワ タロウ		住所	(郵便番号760-8582)			
	氏名	香川 太郎			香川県高松市天神前6-1			
	生年月日							
		当該通所介護事務所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				介護職員		
		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						
実施単位数	2単位							
同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限				30人				
単位別従業者の職種・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)	1		1	1			1
	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			
105.2㎡			㎡以上					
主な掲示事項	営業日	月曜日～金曜日(但し、祝祭日及び12/28～1/4を除く)						
	営業時間(単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く))	8:30～17:00 (①9:00～16:00 ②10:30～15:30③ : ~ :)						
	利用定員	30人(単位ごとの定員①15人、②15人、③人)						
	利用料	法定代理受領分 介護報酬告示上の額に介護保険負担割合証に定める割合を乗じた額						
		法定代理受領分以外 介護報酬告示上の額						
	その他の費用	地域外交通費、食材料費、オムツ代						
通常の事業実施地域	高松市、さぬき市							
添付書類	別添のとおり							

記入例

通所介護（療養通所介護）

※受付番号

実施単位数が複数の場合は、単位ごとに下記について記載のこと。

単位別従業者の職種・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）	1			1		1		1
非常勤（人）								
※基準上の必要人数（人）								
※適合の可否								

別添

通所介護（療養通所介護）

指定（許可）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・施設の種別			備考
		通所介護	共生型通所介護		
1	法人登記事項証明書又は条例等		☆		
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表 （組織体制図、資格証、雇用契約書の写等）				参考様式 1
3	事業所の平面図、位置図、 必要に応じて外観や内部の様子が分かる写真		☆		参考様式 3
	設備及び備品の概要		☆		参考様式 5
4	運営規程				参考例
5	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要		☆		参考様式 6
6	損害賠償保険証書（間に合わない場合は、申込み状況が分かるものを添付し、後日証書の写しを提出）				
7	当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行う施設の名称・所在地				該当する場合のみ（付表 6-2）
8	介護保険法第 70 条第 2 項各号に該当しないことを誓約する書面				参考様式 9-1-①
9	土地及び建物の登記事項証明書（土地・建物を所有している場合のみ添付）				
	賃貸借契約書の写し（土地・建物を賃借している場合のみ添付）		☆		
	建築基準法の規定による検査済証、消防設備等検査済証		☆		
10	障害児通所支援、障害福祉サービスの指定に係る通知の写し	X			
11	社会保険及び労働保険への加入状況に係る確認票		☆		確認票

- 備考
- ※印の欄は、記入しないでください。
 - 参考様式、参考例を掲示しているので、適宜修正のうえ使用してください。
 - 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。
 - 共生型通所介護の欄に☆印のある書類は、同一事業所において既に指定障害児通所支援（児童発達支援、放課後等デイサービス）、指定障害福祉サービス（生活介護、自立訓練（機能訓練、生活訓練））の指定を受けており、指定障害児通所支援、指定障害福祉サービスの指定申請の際の添付資料から変更がない場合は、本指定申請への添付は省略することができます。

老人福祉法による設置・事業開始の届出は済みましたか

はい ・ いいえ

記入担当者連絡先

事業所名			
担当者名			
連絡先	電話番号	F A X 番号	

付表6-2 通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

※受付番号

一部事業施設	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 —)						
		(ビルの名称等)						
連絡先	電話番号				FAX番号			
	Email							
実施単位数	単位							
同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限					人			
単位別従業者の職種・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)							
	※基準上の必要人数(人)							
※適合の可否								
食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積				※基準上の必要数値		※適合の可否		
m ²				m ² 以上				
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)							
添付書類	平面図、位置図、設備及び備品の概要、土地・建物の登記事項証明書、賃貸借契約書、建築基準法の規定による検査済証、消防設備等検査済証							

備考 1 ※印の欄は、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 一部事業を実施する施設を複数有するときは、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

4 以下の要件を満たすことを確認のうえ、満たす場合には申請者確認欄に○をつけてください。

要件		申請者確認欄
①	利用申込に係る調整、サービス提供状況の把握、職員に対する技術指導等が一体的に行われている。	
②	職員の勤務体制、勤務内容等が一元的に管理されている。事業所内において、必要な場合に、従業員相互の間で支援が行える体制にある。	
③	苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制にある。	
④	事業の目的や運営方針、営業日や営業時間、利用料等を定める同一の運営規程が定められている。	
⑤	人事、給与、福利厚生等の勤務条件等による職員管理が一元的に行われている。	

更新申請書類確認票(通所介護)

事業所名()

更新	番号	書類	様式	備考
		本票(申請書類確認票)		<input type="checkbox"/> 本票により、提出書類を確認してください。
		指定(許可)更新申請書	第1号-2	<input type="checkbox"/>
		通所介護事業者の指定更新に係る記載事項	付表6-1	<input type="checkbox"/>
			付表6-1 別添	<input type="checkbox"/> 添付した書類に○印をつけてください。
☆	1	法人登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 原本又は写しを添付してください。
☆	2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/>
☆		組織体制図	任意様式	<input type="checkbox"/> 様式はありませんので、法人内での兼務関係が分かるものを作成してください。
☆		資格証		<input type="checkbox"/> 写しを添付してください。
☆		雇用契約書の写等		<input type="checkbox"/> 写しを添付してください。
☆	3	事業所の平面図、位置図	参考様式3	<input type="checkbox"/> 平面図に、事業を行う区画のうち専用部分は赤で、共用部分は黄で囲んでください。 <input type="checkbox"/> 平面図には部屋の名称を記入してください。 <input type="checkbox"/> 位置図は、事業所の場所が確認できる地図等にマーカー等で印をしてください。
☆		外観及び内部の様子が分かる写真		<input type="checkbox"/> 必要に応じて写真を添付してください。
☆		設備及び備品の概要	参考様式5	<input type="checkbox"/> 設備及び備品を記入してください。
☆	4	運営規程	参考例あり	次の内容の記載があること。 1 事業の目的及び運営の方針 2 従業員の職種、員数及び職務の内容 3 営業日及び営業時間 4 サービス提供時間 5 指定通所介護の利用定員 6 指定通所介護の内容及び利用料その他の費用の額 7 通常の事業の実施地域 8 サービス利用にあたっての留意事項 9 緊急時等における対応方法 10 非常災害対策 11 その他運営に関する重要事項
☆	5	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式6	<input type="checkbox"/>
☆	6	事業所所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行う施設の名称・所在地		<input type="checkbox"/> 所在地以外で行わない場合は、不要です。
	7	介護保険法第70条第2項各号に該当しないことを誓約する書面	参考様式9-1	<input type="checkbox"/>
☆	8	土地・建物の登記事項証明書		<input type="checkbox"/> 土地・建物を所有している場合、原本又は写しを添付してください。
☆		賃貸借契約書		<input type="checkbox"/> 土地・建物を賃借している場合、写しを添付してください。
☆		建築検査済証の写し		<input type="checkbox"/> 写しを添付してください。
☆		消防検査済証の写し		<input type="checkbox"/> 写しを添付してください。

(注) 更新欄に☆印のある書類は、新規指定時に提出された申請書類又は変更届の内容に変更がない場合は、指定更新申請書への添付は省略することができます。

付表6-1 通所介護（療養通所介護）事業者の指定更新に係る記載事項

※受付番号

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -)						
		(ビルの名称等)						
連絡先	電話番号				FAX番号			
	Email							
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)		
	氏名							
	生年月日							
	当該通所介護事務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						
	兼務する職種及び勤務時間等							
実施単位数	単位							
同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限					人			
単位別従業者の職種・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）							
	※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							
	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						
		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 ※印の欄は、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 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 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、別様に記載し添付してください。

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、「付表6-2」に必要事項を記載のうえ、添付してください。

通所介護（療養通所介護）

※受付番号	
-------	--

実施単位数が複数の場合は、単位ごとに下記について記載のこと。

単位別従業者の職種・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）								
※基準上の必要人数（人）								
※適合の可否								

記入例

付表 6-1 通所介護（療養通所介護）の指定更新に係る記載事項

※受付番号

事業所	フリガナ	マルマルデイサービスセンター							
	名称	〇〇デイサービスセンター							
	所在地	(郵便番号760-0011) 香川県高松市番町4丁目1番10号							
		(ビルの名称等)							
連絡先	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇					
	Email	〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇.jp							
管理者	フリガナ	カガワ タロウ		住所	(郵便番号760-8582)				
	氏名	香川 太郎			香川県高松市天神前6-1				
	生年月日								
	当該通所介護事務所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				介護職員				
	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							
実施単位数	2単位								
同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限				30人					
単位別従業者の職種・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)	1		1	1			1
		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			
105.2㎡				㎡以上					
主な揭示事項	営業日	月曜日～金曜日(但し、祝祭日及び12/28～1/4を除く)							
	営業時間(単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く))	8:30～17:00 (① 9:00～16:00 ② 10:30～15:30③ : ～ :)							
	利用定員	30人(単位ごとの定員① 15人、② 15人、③ 人)							
	利用料	法定代理受領分 介護報酬告示上の額に介護保険負担割合証に定める割合を乗じた額							
		法定代理受領分以外 介護報酬告示上の額							
	その他の費用	地域外交通費、食材料費、オムツ代							
通常の事業実施地域	高松市、さぬき市								
添付書類	別添のとおり								

記入例

通所介護（療養通所介護）

※受付番号

実施単位数が複数の場合は、単位ごとに下記について記載のこと。

単位別従業者の職種・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）	1			1		1		1
非常勤（人）								
※基準上の必要人数（人）								
※適合の可否								

別添

通所介護（療養通所介護）

指定（許可）更新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 (更新前の届出内容からの変更がない場合は、 「書類省略不可」以外のものは添付不要)	申請する事業・施設の種類			参考様式	更新前届出内容からの変更の有無	
		通所介護	共生型通所介護			有	無
1	法人登記事項証明書又は条例等					有	無
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表 (組織体制図、資格証、雇用契約書の写等)				参考様式 1	有	無
3	事業所の平面図、位置図、 必要に応じて外観及び内部の様子が分かる写真				参考様式 3	有	無
	設備及び備品の概要				参考様式 5	有	無
4	運営規程（変更有の場合は、新旧対照表を併せて添付）				参考例	有	無
5	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要				参考様式 6	有	無
6	当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行う施設の名称・所在地				該当する 場合のみ (付表 6 - 2)	有	無
7	介護保険法第 70 条第 2 項各号に該当しないことを誓約する書面				参考様式 9-1-①	書類省略 不可	
8	土地及び建物の登記事項証明書（土地・建物を所有している場合のみ添付）					有	無
	賃貸借契約書の写し（土地・建物を賃借している場合のみ添付）					有	無
	建築基準法の規定による検査済証、消防設備等検査済証					有	無

備考 1 ※印の欄は、記入しないでください。

2 [参考様式](#)、[参考例](#)を掲示しているので、適宜修正のうえ使用してください。

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。

記入担当者連絡先		
事業所名		
担当者名		
連絡先	電話番号	FAX番号

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表の書き方（参考例）

（参考様式1）

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（〇〇〇〇年〇月分） 事業所・施設名（ ）
 サービス種類（訪問介護）

職 種	資 格	勤務 形態	氏 名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週 の 合計	週平均 の勤務 時間	常勤換 算後の 人数			
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28						
				日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土						
管理者	介護福祉士	A	香川 太郎		2	2	2	2	2				2	2	2	2	2				2	2	2	2	2				2	2	2	2	2		40	10	0.25
サービス提供責任者	介護福祉士	A	高松 花子		8	8	8	8	8				8	8	8	8	8				8	8	8	8	8				8	8	8	8	8		160	40	1
訪問介護員	ヘルパー1級	A	丸亀 次男		8	8	8	8	8				8	8	8	8	8				8	8	8	8	8				8	8	8	8	8		160	40	1
〃	ヘルパー2級	A	坂出 雪江		4	4	4	4	4				4	4	4	4	4				4	4	4	4	4				4	4	4	4	4		80	20	0.5
〃	ヘルパー3級	C	讃岐 夏子			8		4					8		4					8		4						8		4					48	12	0.3
			計																																		3.05

- 備考 1 *欄には、当該月の曜日を記入してください。
 2 申請する事業に係る従業者全員（管理者を含む。）について、4週間分の勤務すべき時間数を記入してください。なお、勤務時間ごとに区分して、その勤務の時間帯を欄外に記入してください。
 3 夜勤、准夜勤については、網かけをする等その旨を表示してください。宿直については、「○」として記載したうえ、網かけをしてください。
 4 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B～Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。
 【勤務形態の区分 A：常勤で専従 B：常勤で兼務 C：常勤以外で専従 D：常勤以外で兼務】
 5 常勤換算が必要な職種は、A～Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。
 6 サービス提供が単位（共同生活住居を含む。）ごとに行われるサービスの種類の場合は、各単位ごとに区分して記入してください。
 7 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
 8 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。
 9 法令等に基づく免許、登録、修了証等の発行を受けている者については、当該免許等の写を添付してください。また、雇用契約書、承諾書等の雇用関係が確認できる書類を添付してください。
 10 各事業所・施設において使用している勤務割表等（既に事業を実施しているときは直近月の実績）により、職種、資格、勤務形態、氏名及び当該業務の勤務時間が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。

(参考様式2)

〇〇〇 経 歴 書

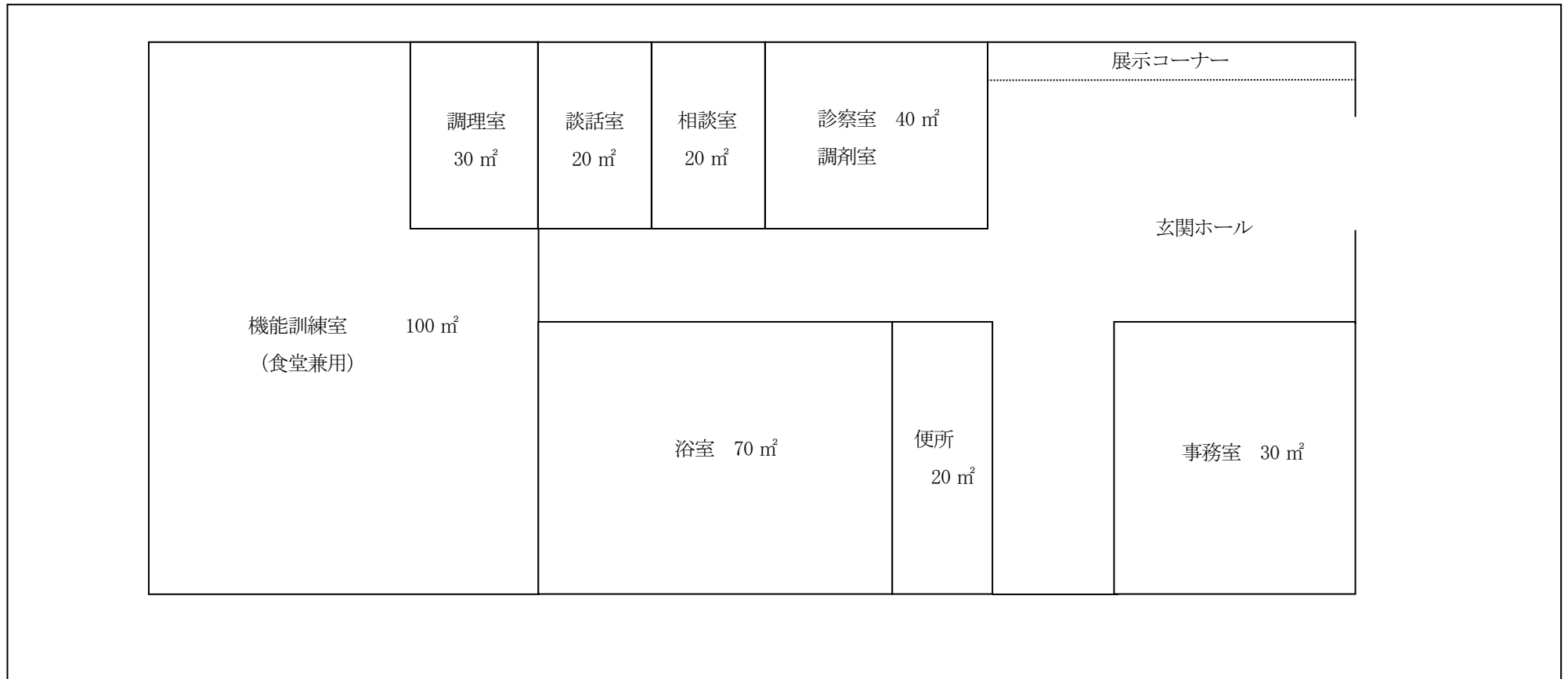
事業所又は施設の名称			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	(郵便番号 ー)		
電話番号			
主 な 職 歴 等			
年 月 ~ 年 月	勤 務 先 等		職 務 内 容
職 務 に 関 連 す る 資 格			
資 格 の 種 類		資 格 取 得 年 月	
業 務 期 間		年 月 日 ~ 年 月 日 (年 月)	
うち業務に従事した日数		日	
研修等の受講の状況等			

- 備考 1 「〇〇〇」には、「サービス提供責任者」、「経験看護師等」または「計画作成担当者」と記入してください。
- 2 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。
- 3 「業務期間」欄、「業務に従事した日数」欄には、「サービス提供責任者」については、介護等の業務に従事した期間及び日数を、「経験看護師等」については、通所リハビリテーション等の業務に従事した期間及び日数を、認知症対応型共同生活介護の「管理者」及び「計画作成担当者」については、認知症高齢者の介護・計画作成等の業務に従事した期間及び日数を記入してください。

(参考様式3)

事業所の平面図等

事業所・施設の名称	
-----------	--



- 備考 1 必ずしも本様式によらず、各室の用途及び面積の分かるものであれば、既存の平面図等をもって提出書類として差し支えありません。
- 2 各室の用途及び面積を記載してください。
- 3 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。
- 4 設備及び備品等の概要を記載することとなっている場合は、本様式の余白部分に当該サービスの提供を行うために整備する設備及び備品等の位置、品名及び数量等を記載することで差し支えありません。

(参考様式6)

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	
申請するサービス種類	

措 置 の 概 要	
1	利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置
2	円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順
3	苦情があったサービス事業者に対する対応方針等（居宅介護支援事業者の場合記入）
4	その他参考事項

備考 上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。

(参考様式6)

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 (参考例)

事業所又は施設名	〇〇事業所
申請するサービス種類	

措 置 の 概 要	
1	<p>利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置</p> <p>相談・苦情に対する常設の窓口として、相談担当者を置く。</p> <p>また、担当者が不在のときは、基本的な事項については誰でも対応できるようにするとともに、担当者に必ず引き継ぐ。</p> <p>（担当者）</p> <p>（電話番号・FAX番号）</p>
2	<p>円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順</p> <ul style="list-style-type: none">・ 苦情があった場合は、直ちにサービス提供責任者から相手方に連絡を取り、直接訪問するなどして、詳しい事情を聴くとともに、サービス担当者からも事情を聴き、事実の確認を行う。・ サービス提供責任者が必要であると判断した場合は、管理者まで含めて検討会議を行う。担当会議を行わない場合も、管理者に報告する。・ 検討の結果、翌日までに具体的な対応、処理を行う。・ 相談・苦情の状況について、記録を保管し、再発防止に努める。・ 改善後の状況について確認を行う。
3	<p>苦情があったサービス事業者に対する対応方針等（居宅介護支援事業者の場合記入）</p> <ul style="list-style-type: none">・ 苦情の内容について、サービス事業者からも事情を聴き、事実の確認を行う。・ 必要な改善をサービス事業者に申し入れる。・ サービス事業者から結果報告を受ける。・ 改善後の状況について確認を行う。
4	<p>その他参考事項</p> <ul style="list-style-type: none">・ 毎日朝礼で確認するなど、普段から苦情が出ないようなサービスの提供を心がける。・ 従業者に対する研修を実施する。

備考 上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。

(参考様式 9 - 1)

介護保険法第 70 条第 2 項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 住所

氏名 (法人にあっては名称及び代表者名)

印

申請者が下記のいずれにも該当しないことを誓約します。(但し、申請者が法人である場合は、その役員等が下記の第四号から第九号までに該当しないこと又は申請者が法人でない事業所である場合は、その管理者が下記の第四号から第九号までに該当しないことを誓約します。)

記

(介護保険法第 70 条第 2 項)

- 一 申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第七十四条第一項の都道府県の条例で定める基準及び同項の都道府県の条例で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第七十四条第二項に規定する指定居宅サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な居宅サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の二 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の三 申請者が、社会保険各法又は労働保険の保険料の徴収等に関する法律(昭和四十四年法律第八十四号)の定めるところにより納付義務を負う保険料、負担金又は掛金(地方税法の規定による国民健康保険税を含む。以下この号、第七十八条の二第四項第五号の三、第九十四条第三項第五号の三、第一百五十五条の二第二項第五号の三、第一百五十五条の十二第二項第五号の三及び第二百三条第二項において「保険料等」という。)について、当該申請をした日の前日までに、これらの法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全て(当該処分を受けた者が、当該処分に係る保険料等の納付義務を負うことを定める法律によって納付義務を負う保険料等に限る。第七十八条の二第四項第五号の三、第九十四条第三項第五号の三、第一百五十五条の二第二項第五号の三及び第一百五十五条の十二第二項第五号の三において同じ。)を引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、第七十七条第一項又は第一百五十五条の三十五第六項の規定により指定(特定施設入居者生活介護に係る指定を除く。)を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員(業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同様以上の支配力を有するものと認められる者を含む。第五節及び第二百三条第二項において同じ。)又はその事業所を管理する者その他の政令で定める使用人(以下「役員等」という。)であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 六の二 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、第七十七条第一項又は第一百五十五条の三十五第六項の規定により指定(特定施設入居者生活介護に係る指定に限る。)を取り消され、その取消し

の日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員等であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

六の三 申請者と密接な関係を有する者(申請者(法人に限る。以下この号において同じ。)の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの(以下この号において「申請者の親会社等」という。)、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもののうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。以下この章において同じ。)が、第七十七条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

七 申請者が、第七十七条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第七十五条第二項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

七の二 申請者が、第七十六条第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第七十七条第一項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第七十五条第二項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

八 第七項に規定する期間内に第七十五条第二項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人(当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所(当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。)の管理者であった者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

九 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

十 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、法人で、その役員等のうちに第四号から第六号まで又は第七号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

十の二 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、法人で、その役員等のうちに第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

十一 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第六号まで又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。

十二 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。

(参考様式 9 - 1)

介護保険法第 115 条の 2 第 2 項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 住所

氏名 (法人にあっては名称及び代表者名)

印

申請者が下記のいずれにも該当しない者をであることを誓約します。(但し、申請者が法人である場合は、その役員等が下記の第四号から第九号までに該当しないこと又は申請者が法人でない事業所である場合は、その管理者が下記の第四号から第九号までに該当しないことを誓約します。)

記

(介護保険法第 115 条の 2 第 2 項)

- 一 申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第百十五条の四第一項の都道府県の条例で定める基準及び同項の都道府県の条例で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第百十五条の四第二項に規定する指定介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準又は指定介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護予防サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の二 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の三 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全てを引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、第百十五条の九第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定を除く。)を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消の処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員等であった者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 六の二 申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、第百十五条の九第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定に限る。)を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消の処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員等であった者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備

についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

六の三 申請者と密接な関係を有する者が、第百十五条の九第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

七 申請者が、第百十五条の九第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第百十五条の五第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

七の二 申請者が、第百十五条の七第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第百十五条の九第一項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第百十五条の五第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

八 第七号に規定する期間内に第百十五条の五第二項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所（当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

九 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

十 申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人で、その役員等のうちに第四号から第六号まで又は第七号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

十の二 申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、法人で、その役員等のうちに第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

十一 申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第六号まで又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。

十二 申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。