

○指定居宅サービス事業者等の指定等に関する要領

(趣旨)

第1条 この要領は、「指定居宅サービス事業者等の指定等に関する要綱（平成11年京都府告示第384号。以下「指定要綱」という。）に定める指定居宅サービス事業者、指定介護予防サービス事業者及び介護保険施設の指定及び許可（以下「指定等」という。）に関し必要な事項について定めることを目的とする。

(指定等に係る提出書類)

第2条 指定要綱別記第1号様式において、「同一所在地において行う事業等の種類」の項に応じて添付する付表は、第1号様式付表1から付表17までによるものとする。

2 指定要綱第2条の規定による指定又は許可に際しては、サービス種類に応じて第1号様式付表1から付表17までに示す添付書類を添付するものとする。

(指定等の更新に係る提出書類)

第3条 指定要綱別記第1号の2様式に添付する付表は、第1号の2様式付表1及び2によるものとする。

附 則

この要領は、平成30年12月28日から施行する。

別記第1号様式付表  
付表1-1

訪問介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 ー ) 京都府 ー 郡・市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
		メールアドレス			
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 ー )	
	氏名				
	当該事業所における訪問介護員との兼務			(有・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 ー )	
	氏名				
	フリガナ		住所	(郵便番号 ー )	
	氏名				
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				
主な揭示事項	営業日				
	営業時間				
	利用料		法定代理受領分(利用者負担分)		
			法定代理受領分以外		
	その他の費用				
通常の事業実施地域					
添付書類		別記のとおり			

- 注 1 \*の付いている「基準上の必要人数」及び「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、別に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 「主な揭示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 出張所等がある場合は、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する員数を含めて記載してください。
- 5 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。

付表1ー2

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の記載事項

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 — ) 京都府 郡・市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
メールアドレス					
主な揭示事項	営業日				
	営業時間				
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)			
		法定代理受領分以外			
	その他の費用				
通常の事業実施地域					
添付書類	別記のとおり				

注 1 記入欄が不足する場合は、別に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 「主な揭示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

別記

指定申請に係る添付書類一覧

番 号	添 付 書 類	申請する事業・施設の種類		備 考
		訪問介護	訪問介護 (共生型)	
1	申請者の登記 事項証明書又 は条例等			
2	申請法人等の 概要			
3	経歴書(管理者 等)			
4	経歴書(サービ ス提供責任者)			
5	従業者一覧表			
6	従業者の資格 を証する書類 (介護福祉士の 登録証、訪問介 護員養成研修 修了証の写し 等)			
7	従業者の勤務 体制及び勤務 形態一覧表			
8	事業所の平面 図			
9	運営規程			
10	重要事項説明 書			
11	利用者からの 苦情を処理す るために講じ る措置の概要			
12	既指定事業所 の状況			
13	誓約書			

注 1 書類を添付した項目欄に○印を付けてください。ただし、複数の事業所等に共通する添付書類については、◎印を付けてください。

2 6について、添付書類が複数枚ある場合は、備考欄にその合計枚数を記入してください。

付表2

訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 ー ) 京都府 ー 郡・市			
	連絡先	電話番号		F A X 番号	
	メールアドレス				
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 ー )	
	氏名				
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称	兼務する職種及び勤務時間等		
従業者の職種・員数	看護職員		介護職員		
	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤(人)				
	非常勤(人)				
*	基準上の必要人数(人)				
*	適合の可否				
主な揭示事項	営業日				
	営業時間				
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)			
		法定代理受領分以外			
	その他の費用				
通常の事業実施地域					
協力医療機関	名称		主な診療科目		
	名称		主な診療科目		
	名称		主な診療科目		
添付書類	別記のとおり				

- 注 1 \*の付いている「基準上の必要人数」及び「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、別に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 「主な揭示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。

別記

指定申請に係る添付書類一覧

番号	添付書類	申請する事業・施設の種類		備考
		訪問入浴	介護予防	
1	申請者の登記事項証明書又は条例等			
2	申請法人等の概要			
3	経歴書(管理者等)			
4	従業者一覧表			
5	従業者の資格を証する書類(看護師等の免許証の写し)			
6	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表			
7	事業所の平面図(設備及び備品の概要を含む。)			
8	運営規程			
9	重要事項説明書			
10	利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要			
11	協力医療機関との契約の内容			
12	既指定事業所の状況			
13	誓約書			

- 注 1 書類を添付した項目欄に○印を付けてください。ただし、複数の事業所等に共通する添付書類については、◎印を付けてください。
- 2 5について、添付書類が複数枚ある場合は、備考欄にその合計枚数を記入してください。

付表3—1

## 訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 ー ) 京都府 ー 郡・市							
	連絡先	電話番号				F A X 番号			
	メールアドレス								
病院、診療所、訪問看護ステーションの別									
管	フリガナ				住所	(郵便番号 ー )			
	氏名								
理	※職種及び登録番号								
	※当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)								
	※同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		名称						
者			兼務する職種及び勤務時間等						
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)								
*	基準上の必要人数(人)								
*	適合の可否								
事業所を兼用する事業名(兼用の場合)									
主な 掲 示 事 項	営業日								
	営業時間								
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)							
		法定代理受領分以外							
	その他の費用								
通常の実施地域									
添付書類	別記のとおり								

- 注 1 \*の付いている「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、別に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 「主な掲示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 ※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。
- 5 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院及び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、この申請の必要はありません。
- 6 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。  
また、従業者については、この様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 7 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況がわかるような料金表を提出してください。

付表3—2

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の記載事項

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 — ) 京都府 郡・市		
	連絡先	電話番号		FAX番号
メールアドレス				
主な揭示事項	営業日			
	営業時間			
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)		
		法定代理受領分以外		
	その他の費用			
通常の事業実施地域				
添付書類	別記のとおり			

注 1 記入欄が不足する場合は、別に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 「主な揭示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

別記

指定申請に係る添付書類一覧

番号	添付書類	申請する事業・施設の種類		備考
		訪問看護	介護予防	
1	申請者の登記事項証明書又は条例等			
2	申請法人等の概要			
3	経歴書(管理者等)			
4	訪問看護ステーションの管理者の免許証の写し			
5	従業者一覧表			
6	従業者の資格を証する書類(看護師等の免許証の写し)			
7	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表			
8	病院又は診療所の使用許可証等の写し			
9	事業所の平面図			
10	運営規程			
11	重要事項説明書			
12	利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要			
13	既指定事業所の状況			
14	誓約書			

注1 書類を添付した項目欄に○印を付けてください。ただし、複数の事業所等に共通する添付書類については、◎印を付けてください。

2 1について、法人以外の者が開設する病院又は診療所の場合は、必要ありません。

3 6について、添付書類が複数枚ある場合は、備考欄にその合計枚数を記入してください。

付表4-1

訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ			
	名 称			
	所 在 地	(郵便番号 — ) 京都府 郡・市		
	連 絡 先	電 話 番 号		F A X 番 号
		メー ル ア ド レ ス		
病院、診療所の別				
管 理 者	フリガナ		住所	(郵便番号 — )
	氏 名			
従業者の職種・員数		理 学 療 法 士	作 業 療 法 士	言 語 聴 覚 士
	常勤(人)			
	非常勤(人)			
主 な 掲 示 事 項	営 業 日			
	営 業 時 間			
	利 用 料	法定代理受領分(利用者負担分)		
		法定代理受領分以外		
そ の 他 の 費 用				
通 常 の 事 業 実 施 地 域				
添 付 書 類	別記のとおり			

- 注1 記入欄が不足する場合は、別に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 「主な揭示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 3 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院及び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、この申請の必要はありません。
- 4 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況がわかるような料金表を提出してください。

付表4-2

訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名 称				
	所 在 地	(郵便番号 — ) 京都府 郡・市			
	連 絡 先	電 話 番 号		F A X 番 号	
		メールアドレス			
主 な 掲 示 事 項	営 業 日				
	営 業 時 間				
	利 用 料	法定代理受領分(利用者負担分)			
		法定代理受領分以外			
	そ の 他 の 費 用				
通 常 の 事 業 実 施 地 域					
添 付 書 類	別記のとおり				

注1 記入欄が不足する場合は、別に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 「主な揭示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

別記

指定申請に係る添付書類一覧

番号	添付書類	申請する事業・施設の種類		備考
		訪問リハ	介護予防	
1	申請者の登記事項証明書又は条例等			
2	申請法人等の概要			
3	経歴書(管理者等)			
4	従業者一覧表			
5	従業者の資格を証する書類 (理学療法士又は作業療法士の免許証の写し)			
6	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表			
7	病院又は診療所の使用許可証等の写し			
8	事業所の平面図			
9	運営規程			
10	重要事項説明書			
11	利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要			
12	既指定事業所の状況			
13	誓約書			

注1 書類を添付した項目欄に○印を付けてください。ただし、複数の事業所等に共通する添付書類については、◎印を付けてください。

2 1について、法人以外の者が開設する病院又は診療所の場合は、必要ありません。

3 5について、添付書類が複数枚ある場合は、備考欄にその合計枚数を記入してください。

付表5

## 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 — ) 京都府 郡・市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
メールアドレス						
病院、診療所、薬局の別						
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 — )		
	氏名					
提供する居宅療養管理指導の種類						
従業者の職種・員数		医師	歯科医師	薬剤師	歯科衛生士等	管理栄養士
	常勤(人)					
	非常勤(人)					
主な 掲示事項	営業日					
	営業時間					
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)				
		法定代理受領分以外				
その他の費用						
添付書類	別記のとおり					

注1 記入欄が不足する場合は、別に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 「主な掲示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院及び診療所並びに保険薬局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、この申請の必要はありません。

5 「歯科衛生士等」には、保健師、看護師、准看護師を含みます。

6 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況がわかるような料金表を提出してください。

別記

指定申請に係る添付書類一覧

番号	添付書類	申請する事業・施設の種類		備考
		居宅療養	介護予防	
1	申請者の登記事項証明書又は条例等			
2	申請法人等の概要			
3	経歴書(管理者等)			
4	従業者一覧表			
5	従業者の資格を証する書類(薬剤師等の免許証の写し)			
6	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表			
7	病院若しくは診療所の使用許可証等又は薬局の開設許可証の写し			
8	事業所の平面図			
9	運営規程			
10	重要事項説明書			
11	利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要			
12	既指定事業所の状況			
13	誓約書			

注1 書類を添付した項目欄に○印を付けてください。ただし、複数の事業所等に共通する添付書類については、◎印を付けてください。

- 2 1について、法人以外の者が開設する病院、診療所又は薬局の場合は、必要ありません。
- 3 5について、添付書類が複数枚ある場合は、備考欄にその合計枚数を記入してください。

付表6-1

## 通所介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 — ) 京都府 郡・市			
	連絡先	電話番号	FAX番号		メールアドレス
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 — )
	名称				
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称	兼務する職種及び勤務時間等		
実施単位数	単位				
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
	常勤(人)				
	非常勤(人)				
*	基準上の必要人数				
*	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		*適合可否
		m2	m2以上		
主な 掲 示 事 項	利用定員	単位(① 人 ② 人 ③ 人)			
	営業日	単位ごとの営業日			
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。) (① : ~ : )(② : ~ : )(③ : ~ : )			
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)			
		法定代理受領分以外			
	その他の費用				
通常の実施地域					
添付書類	別記のとおり				

注1 \*の付いている「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は、記入しないでください。

- 記入欄が不足する場合は、別に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。
- 「主な掲示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
- 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。
- 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。

別記

指定申請に係る添付書類一覧

番号	添付書類	申請する事業・施設の種類		備考
		通 所 介 護	通所介護 (共生型)	
1	申請者の登記事項 証明書又は条例等			
2	申請法人等の概要			
3	経歴書(管理者等)			
4	従業者一覧表			
5	従業者の資格を証 する書類(看護師等 の免許証の写し)			
6	従業者の勤務体制 及び勤務形態一覧 表			
7	事業所の平面図(設 備の概要を含む。)			
8	建築確認済証の写 し			
9	運 営 規 程			
10	重要事項説明書			
11	利用者からの苦情 を処理するために 講じる措置の概要			
12	サービス提供実施 単位一覧表			
13	既指定事業所の状 況			
14	誓 約 書			

注1 書類を添付した項目欄に○印を付けてください。ただし、複数の事業所等に共通する添付書類については、◎印を付けてください。

2 5について、添付書類が複数枚ある場合は、備考欄にその合計枚数を記入してください。

3 7について、当該事業所の所在地以外に当該申請に係る事業の一部を行う施設を有する場合は、当該施設についても併せて添付してください。

4 8について、建物が未完成の場合は、完成後に提出してください。

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

事業所	フリガナ					
	名 称					
	所 在 地	(郵便番号 — ) 府・県 郡・市				
	連 絡 先	電 話 番 号		F A X 番 号		
		メー ル ア ド レ ス				
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	
m2			m2以上			
主な 掲 示 事 項	利 用 定 員	単位(① 人 ② 人 ③ 人)				
	営 業 日	単位ごとの営業日				
	営 業 時 間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。) (① : ~ : )(② : ~ : )(③ : ~ : )				
添付書類	平面図					

- 注 1 \*の付いている「基準上の必要数値」及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、別に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 一のローテーションにおいて、事業所を複数有するときは、別に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。

付表7

通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 ー ) 京都府 ー 郡・市					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	メールアドレス						
管	フリガナ				住所	(郵便番号 ー )	
	氏名						
理 者	管理者代行 が選任され ている場合	医師			作業療法士		
		理学療法士			専従の看護師		
		代行 氏名	フリガナ 氏名				
事業所の種別 (1つに○印)		病院			基準第111条第1項診療所		
				同条第2項診療所			
実施単位数		単位					
医師数	常勤			1日当たりの			
	非常勤			総利用者推定数	人		
単位別従業者の職種・員数				員数(人)		*適合の可否	
				常勤	非常勤		
理学療法士	①当該単位につき毎日従事する者						
作業療法士	②週1日以上従事する上記以外の者						
看護職員	③経験看護師						
	④③以外の看護職員						
⑤介護職員							
専用の部屋等の面積				*基準上の必要数値		*適合の可否	
				m2		m2以上	
主 な 掲 示 事 項	利用店員	単位(① 人 ② 人 ③ 人)					
	営業日	単位ごとの営業日					
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。) (① : ~ : )(② : ~ : )(③ : ~ : )					
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)					
		法定代理受領分以外					
	その他の費用						
通常の事業実施地域							
添付書類		別記のとおり					

- 注 1 \*の付いている「基準上必要数値」「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、別に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 「主な掲示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 従業者の員数については、総数を記載してください。
- 5 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。

別記

指定申請に係る添付書類一覧

番号	添付書類	申請する事業・施設の種類		備考
		通所リハ	介護予防	
1	申請者の登記事項 証明書又は条例等			
2	申請法人等の概要			
3	経歴書(管理者等)			
4	経歴書(経験看護師)			
5	従業者一覧表			
6	従業者の資格を証 する書類 (理学療法士、作業 療法士、看護師等 の免許証の写し)			
7	従業者の勤務体制 及び勤務形態一覧 表			
8	病院又は診療所の 使用許可証等若し くはは介護老人保 健施設又は介護医 療院の開設許可証 の写し			
9	事業所の平面図(設 備の概要を含む。)			
10	建築確認済証の写 し			
11	運営規程			
12	重要事項説明書			
13	利用者からの苦情 を処理するために 講じる措置の概要			
14	サービス提供実施 単位一覧表			
15	既指定事業所の状 況			
16	誓約書			

注 1 書類を添付した項目欄に○印を付けてください。ただし、複数の事業所等に共通する添付書類については、◎印を付けてください。

2 1について、法人以外の者が開設する病院又は診療所の場合は、必要ありません。

3 6について、添付書類が複数枚ある場合は、備考欄にその合計枚数を記入してください。

4 9について、建物が未完成の場合は、完成後に提出してください。

付表8-1

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に係る記載事項(単独型の場合)

事業所	フリガナ														
	名称														
	所在地	(郵便番号 — ) 京都府 郡・市													
	連絡先	電話番号					FAX番号								
		メールアドレス													
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 — )								
	氏名														
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)														
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		名称		兼務する職種及び勤務時間等										
利用者の推計数		人													
従業者の職種・員数		医師		生活相談員		看護職員		介護職員		栄養士		機能訓練指導員			
		常勤	兼務	常勤	兼務	常勤	兼務	常勤	兼務	常勤	兼務	常勤	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														
栄養士を配置していない場合の措置															
設備基準上の数値記載項目等								*基準上の必要数値				*適合の可否			
居室	1室当たりの最大定員					人						人以下			
	利用者1人当たりの最小床面積					m <sup>2</sup>						m <sup>2</sup> 以上			
廊下	片廊下の幅					m						m以上			
	中廊下の幅					m						m以上			
食堂と機能訓練室の合計面積								m <sup>2</sup>						m <sup>2</sup> 以上	
建物の構造概要及び面積															
主な揭示事項	利用定員	人													
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)													
		法定代理受領分以外													
	その他の費用					通常の送迎実施地域									
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									
添付書類		別記のとおり													

注 1 \*の付いている「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」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 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。

別記

指定申請に係る添付書類一覧

番号	添付書類	申請する事業・施設の種類		備考
		短期入所 生活介護	介護予防	
1	申請者の登記事項 証明書又は条例等			
2	申請法人等の概要			
3	経歴書(管理者等)			
4	従業者一覧表			
5	従業者の資格を証 する書類(看護師等 の免許証の写し)			
6	従業者の勤務体制 及び勤務形態一覧 表			
7	事業所の平面図			
8	事業所の部屋別一 覧表			
9	事業所の設備等に 係る一覧表			
10	建築確認済証の写 し			
11	運営規程			
12	重要事項説明書			
13	利用者からの苦情 を処理するために 講じる措置の概要			
14	協力医療機関との 契約の内容			
15	既指定事業所の状 況			
16	誓約書			

注 1 書類を添付した項目欄に○印を付けてください。ただし、複数の事業所等に共通する添付書類については、◎印を付けてください。

2 5について、添付書類が複数枚ある場合は、備考欄にその合計枚数を記入してください。

3 10について、建物が未完成の場合は、完成後に提出してください。

付表8—2

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に係る記載事項  
(空床利用型・併設事業所型)

事業所	フリガナ														
	名称														
	所在地	(郵便番号 — ) 京都府 郡・市													
	連絡先	電話番号					FAX番号					メールアドレス			
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 — )								
	氏名														
	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									
空床型・併設型の別	空床型・併設型				本体施設の種別・名称										
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)									
従業者の職種・員数	医師		生活相談員		看護職員		介護職員		栄養士		機能訓練指導員				
	常勤	兼務	常勤	兼務	常勤	兼務	常勤	兼務	常勤	兼務	常勤	兼務			
短期入所生活 介護及び本体 施設従事人数	常勤(人)														
	非常勤 (人)														
常勤換算後の人数(人)															
* 基準上の必要人数(人)															
* 適合の可否															
設備基準上の数値記載項目等					* 基準上の必要数値			* 適合の可否		耐火建築物、 準耐火建築物の別					
居室	1室当たりの最大定員		人		人以下										
	利用者1人当たりの最小床面積		m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup> 以上										
廊下	片廊下の幅		m		m以上										
	中廊下の幅		m		m以上										
食堂と機能訓練室の合計面積			m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup> 以上										
主な揭示事項	入所・入院定員		人		短期入所利用定員数				人						
	利用料		法定代理受領分(利用者負担分)												
			法定代理受領分以外												
	その他の費用														
通常の送迎実施地域															
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								
添付書類	別記のとおり														

- 注 1 \*の付いている「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、別に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 「主な掲示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 この様式は、特別養護老人ホームの空床を利用して実施する場合又は施設に併設する事業所において事業を行う場合に使用してください。また、「空床型・併設型の別」欄の空床型・併設型のいずれか一方又は両方に○印を付けてください。
- 5 特別養護老人ホームと同時に申請をする場合は、本様式への記載は要しません。
- 6 「※兼務」欄は、本体施設以外と兼務を行う職員について記載してください。
- 7 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の状況がわかるような料金表を提出してください。

別記

指定申請に係る添付書類一覧

番号	添付書類	申請する事業・施設の種類		備考
		短期入所 生活介護	介護予防	
1	申請者の登記事項 証明書又は条例等			
2	申請法人等の概要			
3	経歴書(管理者等)			
4	従業者一覧表			
5	従業者の資格を証 する書類(看護師等 の免許証の写し)			
6	従業者の勤務体制 及び勤務形態一覧 表			
7	特別養護老人ホー ムの設置認可通知 の写し等			
8	事業所の平面図			
9	事業所の部屋別一 覧表			
10	事業所の設備等に 係る一覧表			
11	建築確認済証の写 し			
11	運営規程			
12	重要事項説明書			
14	利用者からの苦情 を処理するために 講じる措置の概要			
15	協力医療機関との 契約の内容			
16	既指定事業所の状 況			
17	誓約書			

注 1 書類を添付した項目欄に○印を付けてください。ただし、複数の事業所等に共通する添付書類については、◎印を付けてください。

2 5について、添付書類が複数枚ある場合は、備考欄にその合計枚数を記入してください。

3 8について、併設事業所において当該事業を行う場合は、本体施設の平面図も併せて添付してください。

4 11について、建物が未完成の場合は、完成後に提出してください。

付表9

## 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に係る記載事項

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 — ) 京都府 — 郡・市							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
	メールアドレス								
事業所別種別	①介護老人保健施設				(該当欄に○印を記入)				
	②介護医療院								
	③療養病床を有する病院・診療所								
	④老人性認知症疾患療養病棟を有する病院								
	⑤基準適合診療所(施行規則附則第2条)								
指定申請を行う病棟部分の入院患者又は利用者の定員						人			
指定申請を行う病棟部分の入院患者の数(上記④又は⑤に該当の場合記入)						人			
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 — )			
	氏名								
1看護単位当たりの病床数				床					
従業者の職種・員数(④のみ記入)	担当 医師	看護職員		介護職員		作業療法士		精神保健福祉士 等	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)								
	非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)								
*	基準上の必要人数(人)								
*	適合の可否								
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 (④又は⑤の場合記入)						*基準上の必要数 値	*適合の可否		
④	老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床 面積			m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup> 以上			
	病 室	1病室の病床数		床		床以上			
		入院患者1人当たりの床面積		m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup> 以上			
	廊 下	片廊下の幅		mm以上					
		中廊下の幅		m		m以上			
	生活機能回復訓練室面積			m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup> 以上			
ダイルームと面会室の合計面積			m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup> 以上				
⑤	入院患者1人当たりの最小床面積			m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup> 以上			
主な 掲 示 事 項	利用料		法定代理受領分(利用者負担分)						
			法定代理受領分以外						
	その他の費用								
	通常の送迎実施地域								
添付書類		別記のとおり							

- 注 1 \*の付いている「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、別に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 「主な掲示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 「指定申請を行う病棟部分の入院患者又は入所者の定員」欄は、短期入所療養介護に供する病棟に係る員数を記入してください。
- 5 介護老人保健施設及び介護医療院が行うものについては、法第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ので、この申請の必要はありません。
- 6 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。

別記

指定申請に係る添付書類一覧

番号	添付書類	申請する事業・施設の種類		備考
		短期療養	介護予防	
1	申請者の登記事項証明書又は条例等			
2	申請法人等の概要			
3	経歴書(精神保健福祉士に準じる者)			
4	従業者一覧表			
5	従業者の資格を証する書類(看護師等の免許証の写し)			
6	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表			
7	病院又は診療所の使用許可証等若しくは介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可証の写し			
8	事業所の平面図			
9	事業所の部屋別一覧表			
10	事業所の設備等に係る一覧表			
11	建築確認済証の写し			
12	運営規程			
13	重要事項説明書			
14	利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要			
15	既指定事業所の状況			
16	誓約書			

注 1 書類を添付した項目欄に○印を付けてください。ただし、複数の事業所等に共通する添付書類については、◎印を付けてください。

2 1について、法人以外の者が開設する病院又は診療所の場合は、必要ありません。

3 5について、添付書類が複数枚ある場合は、備考欄にその合計枚数を記入してください。

4 11について、建物が未完成の場合は、完成後に提出してください。

付表10

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に係る記載事項

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 — ) 京都府 — 郡・市									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
	メールアドレス										
施設区分 (該当欄に○印)	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 (該当欄に○印)	介護専用型										
	介護専用型以外										
サービスの提供形態 (該当欄に○印)	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										
	当該特定施設で兼務する他の職種(兼務の場合記入)										
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		名称				兼務する職種及び勤務時間等				
利用者数	人 (前年度の平均値、新規の場合は推定数を記入)										
	要介護者 人					要支援者 人					
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	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務			
常勤(人)											
非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)											
* 基準上の必要人数(人)											
* 適合の可否											
主な 掲 示 事 項	入居定員	人									
	居室数										
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)									
	その他の費用	法定代理受領分以外									
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					
造・概要建 物の構	耐火建築物、準耐火建築物の別										
	介護居室の1室の最大定員				*基準上の必要数値			*適合の可否			
	人				人以下						
添付書類	別記のとおり										

- 注 1 \*の付いている「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、別に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 「主な掲示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
- 5 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がかかるような料金表を提出してください。

## 別記

## 指定申請に係る添付書類一覧

番号	添付書類	申請する事業・施設の種類		備考
		特定施設	介護予防 特定施設	
1	申請者の登記事項証明書又は条例等			
2	申請法人等の概要			
3	経歴書(管理者等)			
4	従業者一覧表			
5	従業者の資格を証する書類(看護師等の免許証の写し)			
6	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表			
7	介護支援専門員の氏名及びその登録番号			
8	事業所の平面図			
9	事業所の部屋別一覧表			
10	事業所の設備等に係る一覧表			
11	建築確認済証の写し			
12	運営規程			
13	重要事項説明書			
14	利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要			
15	協力医療機関及び協力歯科医療機関との契約の内容			
16	受託居宅サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地			
17	既指定事業所の状況			
18	誓約書			

注 1 書類を添付した項目欄に○印を付けてください。ただし、複数の事業所等に共通する添付書類については、◎印を付けてください。

2 5について、添付書類が複数枚ある場合は、備考欄にその合計枚数を記入してください。

3 11について、建物が未完成の場合は、完成後に提出してください。

4 16については、外部サービス利用型の場合のみ添付してください。

付表11

## 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 — ) 京都府 郡・市		
	連絡先	電話番号		FAX番号
メールアドレス				
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 — )
	氏名			
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)			
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称		
兼務する職種及び勤務時間等				
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)			
*	基準上の必要人数(人)			
*	適合の可否			
主な 掲示 事項	営業日			
	営業時間			
	取り扱う種目			
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)		
		法定代理受領分以外		
	その他の費用			
通常の事業実施地域				
添付書類	別記のとおり			

注1 \*の付いている「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

2 記入欄が不足する場合は、別に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 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。

別記

指定申請に係る添付書類一覧

番号	添付書類	申請する事業・施設の種類		備考
		福祉用具貸与	介護予防	
1	申請者の登記事項証明書又は条例等			
2	申請法人等の概要			
3	経歴書(管理者等)			
4	従業者一覧表			
5	従業者の資格を証する書類(介護福祉士等の登録証の写し等)			
6	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表			
7	事業所の平面図(設備の概要を含む。)			
8	運営規程			
9	重要事項説明書			
10	利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要			
11	福祉用具の保管及び消毒の方法			
12	既指定事業所の状況			
13	誓約書			

注 1 書類を添付した項目欄に○印を付けてください。ただし、複数の事業所等に共通する添付書類については、◎印を付けてください。

2 5について、添付書類が複数枚ある場合は、備考欄にその合計枚数を記入してください。

3 5のうち、都道府県知事が厚生労働大臣の指定した講習会と同程度以上の講習を受けたと認める者に該当する者については、当該講習会のカリキュラム及び当該講習会を終了したことを証する書類の写しを添付してください。

付表12

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に係る記載事項

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 — ) 京都府 — 郡・市		
	連絡先	電話番号		FAX番号
メールアドレス				
管理者	フリガナ		住 所	(郵便番号 — )
	氏名			
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)			
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務(兼務の場合記入)	名 称		
兼務する職種及び 勤務時間等				
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)			
*	基準上の必要人数(人)			
*	適合の可否			
主 な 掲 示 事 項	営業日			
	営業時間			
	取り扱う種目			
	販売費用の額			
	その他の費用			
	通常の事業実施地域			
添付書類		別記のとおり		

注1 \*の付いている「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

- 2 記入欄が不足する場合は、別に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 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。

別記

指定申請に係る添付書類一覧

番号	添付書類	申請する事業・施設の種類		備考
		福祉用具販売	介護予防	
1	申請者の登記事項証明書又は条例等			
2	申請法人等の概要			
3	経歴書(管理者等)			
4	従業者一覧表			
5	従業者の資格を証する書類(介護福祉士等の登録証の写し等)			
6	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表			
7	事業所の平面図(設備の概要を含む。)			
8	運営規程			
9	重要事項説明書			
10	利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要			
11	既指定事業所の状況			
12	誓約書			

注 1 書類を添付した項目欄に○印を付けてください。ただし、複数の事業所等に共通する添付書類については、◎印を付けてください。

2 5について、添付書類が複数枚ある場合は、備考欄にその合計枚数を記入してください。

3 5のうち、都道府県知事が厚生労働大臣の指定した講習会と同程度以上の講習を受けたと認める者に該当する者については、当該講習会のカリキュラム及び当該講習会を終了したことを証する書類の写しを添付してください。

付表14

## 介護老人福祉施設の指定に係る記載事項

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 — ) 京都府 郡・市									
	連絡先	電話番号				FAX番号					
メールアドレス											
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 — )				
	氏名										
	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									
短期入所生活介護の実施	有・無		事業の実施形態			空床型・併設型					
入所者数	人(推定数を記入)		短期入所利用者数(併設型の場 合)			人(推定数を記入)					
従業者の職種・員数		医師		生活相談員		看護職員		介護職員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
介護老人福祉施設及び短期 入所生活介護従事人数(人)	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											
介護老人福祉施設及び短期 入所生活介護従事人数(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				
介護老人福祉施設及び短期 入所生活介護従事人数(人)	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
* 基準上の必要人数(人)											
* 適合の可否											
設備基準上の数値記載項目等		介護老人福祉施設			短期入所生活介護						
		* 基準上の必要数値		* 適合 の可否				* 基準上の必要数値		* 適合の 可否	
居室	1室当たりの最大定員	人	人以下		人		人以下				
	利用者1人当たりの最小床面積	m2	m2以上		m2		m2以上				
廊下	片廊下の幅	m	m以上		m		m以上				
	中廊下の幅	m	m以上		m		m以上				
食堂と機能訓練室の合計面積		m2	m2以上		m2		m2以上				
主な 揭示 事項	利用定員					人					人
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)									
		法定代理受領分以外									
	その他の費用										

	通常の事業実施地域			
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	
添付書類		別記のとおり		

注1 \*の付いている「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は、記入しないでください。

- 2 記入欄が不足する場合は、別に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 「主な掲示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 この様式は、法施行後に新たに設置された介護老人福祉施設が申請を行う場合について使用してください。
- 5 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については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方に○印を付けてください。
- 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主な提示事項、設備基準上の数値記載項目等欄については、記載を要しません。
- 7 「※兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記載してください。
- 8 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。

別記

指定申請に係る添付書類一覧

番号	添付書類	申請する事業・施設の種類	備考
		介護老人福祉施設	
1	申請者の登記事項証明書又は条例等		
2	申請法人等の概要		
3	経歴書(施設の管理者等)		
4	従業者一覧表		
5	従業者の資格を証する書類(看護師等の免許証の写し)		
6	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表		
7	介護支援専門員の氏名及びその登録番号		
8	特別養護老人ホームの設置認可通知の写し等		
9	事業所の平面図		
10	事業所の部屋別一覧表		
11	事業所の設備等に係る一覧表		
12	併設する施設の概要		
13	施設の共用の場合の利用計画		
14	敷地の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図(公図)		
15	建築確認済証の写し		
16	運営規程		
17	重要事項説明書		
18	利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要		
19	協力医療機関との契約の内容		
20	既指定事業所の状況		
21	施設入所基準(案)		
22	誓約書		

注 1 書類を添付した項目欄に○印を付けてください。ただし、複数の事業所等に共通する添付書類については、◎印を付けてください。

2 5について、添付書類が複数枚ある場合は、備考欄にその合計枚数を記入してください。

3 15について、建物が未完成の場合は、完成後に提出してください。

付表15

## 介護老人保健施設の許可に係る記載事項(その1)

施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 — ) 京都府 郡・市								
	連絡先	電話番号					FAX番号			
メールアドレス										
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 — )				
	氏名									
	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							
通所リハビリテーションの実施		有・無			短期入所療養介護の実施				有・無	
入所者数		人(推定数を記入)			1日当たりの通所総利用者数				人(推定数を記入)	
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)									
通所リハビリテーション従事人数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
*	基準上の必要人数(人)									
*	適合の可否									
		理学・作業療法士		栄養士		支援相談員		介護支援専門員等		
		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)									
通所リハビリテーション従事人数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)									
*	基準上の必要人数(人)									
*	適合の可否									

付表 15

## 介護老人保健施設の許可に係る記載事項(その2)

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			
設備基準上の数値記載項目			*基準上の必要数値	*適合の可否	
療養室	1室の最大定員		人	人以下	
	利用者1人当たりの最小床面積		m2	m2以上	
廊下	片廊下の幅		m	m以上	
	中廊下の幅		m	m以上	
機能訓練室面積			m2	m2以上	
食堂面積			m2	m2以上	
主な提示事項	入所定員		人		
	利用料	法定代理受領分(利用者負担)			
		法定代理受領分以外			
その他の費用					
通所リハビリテーションの状況					
従業者の職種・員数		理学療法士	作業療法士	看護職員	介護職員
常勤(人)					
非常勤(人)					
基準上の必要人数(人)					
* 適合の可否					
専用の部屋等の面積	m2	*基準上の必要数値	m2以上	*適合の可否	
利用定員	人 (単位ごとの定員① 人 ② 人)				
営業日	単位ごとの営業日				
営業時間	単位ごとのサービス提供時間 (① : ~ : ) (② : ~ : )				
利用料	法定代理受領分(利用者負担分)				
	法定代理受領分以外				
その他の費用					
通常の事業実施地域					
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		
添付書類		別記のとおり			

- 注 1 \*の付いている「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、別に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 「主な提示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 従業者の人数については、総数を記載してください。
- 5 通所リハビリテーションを実施していない施設については、1日当たりの通所総利用者推定数、通所リハビリテーションの状況欄は記載を要しません。
- 6 当該介護老人保健施設以外のサービスを実施する場合には、当該指定介護老人保健施設サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

別記

許可申請に係る添付書類一覧

番号	添付書類	申請する事業・施設の種類	備考
		介護老人保健施設	
1	申請者の登記事項証明書又は条例等		
2	申請法人等の概要		
3	経歴書(管理者等)		
4	従業者一覧表		
5	従業者の資格を証する書類(看護師等の免許証の写し)		
6	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表		
7	介護支援専門員の氏名及びその登録番号		
8	事業所の平面図		
9	事業所の部屋別一覧表		
10	事業所の設備等に係る一覧表		
11	併設する施設の概要		
12	施設の共用の場合の利用計画		
13	敷地の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図(公図)		
14	建築確認済証の写し		
15	運営規程		
16	重要事項説明書		
17	利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要		
18	協力医療機関との契約の内容		
19	既指定事業所の状況		
20	施設入所基準(案)		
21	誓約書		

注 1 書類を添付した項目欄に○印を付けてください。ただし、複数の事業所等に共通する添付書類については、◎印を付けてください。

2 5について、添付書類が複数枚ある場合は、備考欄にその合計枚数を記入してください。

3 14について、建物が未完成の場合は、完成後に提出してください。

付表17

## 介護医療院の許可に係る記載事項(その1)

施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 — ) 京都府 — 郡・市								
	連絡先	電話番号					FAX番号			
	メールアドレス									
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 — )				
	氏名									
	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					
施設類型	I型( — 人) ・ II型( — 人)									
通所リハビリテーションの実施	有 ・ 無				短期入所療養介護の実施	有 ・ 無				
入所者数	人(推定数を記入)				1日当たりの通所 総利用者数	人(推定数を記入)				
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)									
通所リハビリテー ション従事人数	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		介護支援専門員		診療放射線技師		
		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)									
通所リハビリテー ション従事人数	常勤(人)									
	非常勤(人)									

付表 17

## 介護医療院の許可に係る記載事項(その2)

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			
設備基準上の数値記載項目					
療養室	1室の最大定員		人		
	利用者1人当たりの最小床面積		m2		
廊下	片廊下の幅		m		
	中廊下の幅		m		
機能訓練室面積			m2		
食堂面積			m2		
主な 提示 事項	入所定員		人		
	利用料	法定代理受領分(利用者担当)			
		法定代理受領分以外			
その他の費用					
通所リハビリテーションの状況					
	従業者の職種・員数	理学療法士	作業療法士	看護職員	介護職員
	常勤(人)				
	非常勤(人)				
	専用の部屋等の面積	m2			
	利用定員	人(単位ごとの定員① 人 ② 人)			
	営業日	単位ごとの営業日			
	営業時間	: ~ :			
	サービス提供時間	単位ごとのサービス提供時間 (① : ~ : ) (② : ~ : )			
	利用料	法定代理受領分 介護報酬告示上の額の1割又は2割 (負担割合証の割合に順ずる)			
		法定代理受領分以外 介護報酬告示上の額			
	その他の費用				
通常の事業実施地域					
経過に係る経過措置の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床を有する病院等 <input type="checkbox"/> 介護療養型老人保健施設				
添付書類	別記のとおり				

注 1 \*の付いている「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は、記入しないでください。

2 記入欄が不足する場合は、別に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 「主な提示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4 従業者の人数については、総数を記載してください。

5 通所リハビリテーションを実施していない施設については、1日当たりの通所総利用者推定数、通所リハビリテーションの状況欄は記載を要しません。

6 当該介護老人保健施設以外のサービスを実施する場合には、当該指定介護老人保健施設サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

## 別記

## 許可申請に係る添付書類一覧

番号	添付書類	申請する事業・施設の種類	備考
		介護医療院	
1	申請者の登記事項証明書又は条例等		
2	申請法人等の概要		
3	経歴書(管理者等)		
4	従業者一覧表		
5	従業者の資格を証する書類(看護師等の免許証の写し)		
6	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表		
7	介護支援専門員の氏名及びその登録番号		
8	事業所の平面図		
9	事業所の部屋別一覧表		
10	事業所の設備等に係る一覧表		
11	併設する施設の概要		
12	施設の共用の場合の利用計画		
13	敷地の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図(公図)		
14	建築確認済証の写し		
15	運営規程		
16	重要事項説明書		
17	利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要		
18	協力医療機関との契約の内容		
19	既指定事業所の状況		
20	施設入所基準(案)		
21	誓約書		

注 1 書類を添付した項目欄に○印を付けてください。ただし、複数の事業所等に共通する添付書類については、◎印を付けてください。

2 14について、建物が未完成の場合は、完成後に提出してください。

別記第1号の2様式付表  
付表1

指定(許可)を受けている 事業所・ 施設の種類の種類	同一所在地において行う事業等の種類		現在の指定 (許可)日	更新申請 する事業	事業所名
	指定				
	居宅 サー ビス	訪問介護			
		訪問入浴介護			
		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			
		通所リハビリテーション			
		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			
		福祉用具貸与			
		特定福祉用具販売			
	施設	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			
		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			

※更新申請するサービスについては、「更新申請する事業」欄に○を付けてください。

付表2

## 事業所の指定更新に係る記載事項

事項		区分		添付様式
(1) 介護支援専門員の情報 直近の届出情報からの変更		なし	あり	介護支援専門員の変更状況一 覧※イウ
(2) 適正な サービ スの提 供	① 自主点検表の 作成	必須 1年以内の自主点検表を添付		(ありの場合の添付様式)
	② 実地指導の有無	なし	あり	指導結果通知書及び報告書の 写し(直近のもの)
	③ 第三者評価の 受診※エ	なし	受診済	評価結果通知書の写し (直近3年度以内のもの全て)
			受診予定	評価申込書の写し
(3) 施設設備の情報※オ		床面積がわかる寸法の入った平面図		
(4) 欠格要件に非該当、適正な介 護保険事業の運営等の誓約		必須 誓約書※ア、カ及び法人代表者(個人医療機関の場合は開設者)の印鑑 証明書を添付		

※ア 誓約書の添付は、複数サービスの申請であっても1部で構いません。

イ 介護支援専門員に変更がある場合には、変更届出書の提出が必要です。

ウ 特定施設入居者生活介護及び介護保険施設の事業者は添付してください。

エ 「第三者評価」は、京都介護・福祉サービス第三者評価等支援機構が実施するものをいいます。

オ 通所系サービス、特定施設入居者生活介護及び介護保険施設の事業者は添付してください。

カ 知事が別に定める様式に記載してください。

## (5) 従業者の勤務体制、勤務形態

(単位：人)

職 種	常勤専従	常勤兼務	非常勤専従	非常勤兼務	常勤換算人数	人員基準
管理者						

必須「従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表」及び資格者証の写し(資格者全員分)を添付すること。

※この記載については、別添資料として添付しても差し支えありません。

## (6) サービス費の請求に関する事項

利 用 定 員	
営 業 日	
営 業 時 間	
利 用 料	法定代理受領分(利用者負担分)
	法定代理受領分以外
そ の 他 の 費 用	
通常の実施地域	

※通所サービスを複数単位で提供している場合、「利用定員」欄には単位ごとの定員を記入してください。

※この記載については、別添資料として添付しても差し支えありません。