

(第3号様式)

変更届出書

年 月 日

佐賀県知事様

開設(事業)者 住所
(所在地)
氏名
(名称及び代表者職・氏名)

次のとおり指定(許可)を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 介護保険事業所番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 指定内容を変更した事業所(施設) | | 名称 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更があった事項 | | 変更の内容 | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 事業所(施設)の名称 | (変更前) | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 事業所(施設)の所在地 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 事業(開設)者の名称・主たる事務所の所在地 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 代表者の職・氏名、生年月日及び住所 | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。) | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 事業所(施設)の建物の構造、専用区画等 | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 備品 (訪問入浴介護事業及び介護予防訪問介護入浴事業に限る。) | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所 (介護老人保健施設を除く。) | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | サービス提供責任者の氏名及び住所等 | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 運営規程 | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関 | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | 事業所の種別 | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 提供する居宅療養管理指導の種類 | (変更後) | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | 事業実施形態 (単独型、本体施設が特別養護老人ホームの場合の空床利用型・併設型の別) | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | 入院患者又は入所者の定員 | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | 福祉用具の保管・消毒方法(委託している場合にあっては、委託先の状況) | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | 併設施設の状況等 | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | 役員の氏名、生年月日及び住所 | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | その他 | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

- 備考1 該当項目番号に○を付してください。
 2 変更内容が分かる書類を添付してください。
 3 この様式は、九州各県(沖縄県を除く。以下同じ。)の共通様式ですので、宛先を書き換えていただければ、九州各県で使用できます。

| | | | |
|---------|----------------------|---------|--------------|
| 担当部署責任者 | (所属) (役職) (氏名) | 書類作成担当者 | (役職) (氏名) |
| | | TEL | |

(参考)
変更届出に係る添付書類一覧(チェック用)

| 番号 | 変更内容 | 添付書類 | 参考様式① (勤務表) | 参考様式② (経歴書) | 参考様式③ (平面図) | 参考様式④ (居室面積一覧) | 参考様式⑤ (設備) | 参考様式⑥ (苦情処理) | 参考様式⑦ (単位一覧) | 参考様式⑧-1 | 参考様式⑧-2 (誓約書) | 参考様式⑨-1 (役員名簿) | 参考様式⑩ (介護支援専門員一覧) | 登記履歴事項証明書 | 登記簿謄本又は賃貸借契約書 | 建築基準法及び消防法に適合していることが確認できる書類 | 理事会・株式総会等の議事録 | 運営規程 | 資格証の写 | 写真 | 消毒委託会社との契約書 | 協力医療・歯科機関との契約書 |
|----|---|------|----------------|----------------|----------------|-------------------|---------------|-----------------|-----------------|---------|------------------|-------------------|----------------------|-----------|---------------|-----------------------------|---------------|------|-------|----|-------------|----------------|
| 1 | 事業所(施設)の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | ○ | | | | |
| 2 | 事業所(施設)の所在地 | | | ○ | | | | | | | | | | | ○ | ※ | | ※ | | ○ | | |
| 3 | 主たる事務所の所在地 | | | | | | | | | | | | | △ | △ | | | | | | | |
| 4 | 代表者(開設者)の氏名、生年月日並びに住所及び職名 | | | | | | | | | | ○ | ○ | | △ | | | △ | | | | | |
| 5 | 定款・寄附行為等及びその登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。) | | | | | | | | | | | | | ○ | | | | | | | | |
| 6 | 事業所(施設)の建物の構造、専用区画等 | | | ○ | | | | | | | | | | | | ※ | | | | ○ | | |
| 7 | 備品 | | | | | | ○ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 事業所(施設)の管理者の氏名及び住所 | ○ | ◆ | | | | | | | | ○ | ○ | | | | | | | | ※ | | |
| 9 | サービス提供責任者の氏名及び住所 | ○ | ○ | | | | | | | | | | | | | | | | | ○ | | |
| 10 | 運営規程 | ※ | | ※ | | | | | ※ | | | | | | | | | | ○ | | | |
| 11 | 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関 | | | | | | | | | | | | | | | | | | ※ | | | ○ |
| 12 | 事業所の種別 | | | | | | | | | | | | | | | | | | ○ | | | |
| 13 | 提供する居宅療養管理指導の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | ○ | | | |
| 14 | 事業実施形態 (本体施設が特別養護老人ホームの場合の単独型・空床利用型・併設型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | ○ | | | |
| 15 | 入院患者又は入所者の定員 | | | | | | | | | | | | | | | | | | ○ | | | |
| 16 | 福祉用具の保管・消毒方法(委託している場合にあっては、委託等の契約の内容) | | | | | | | | | | | | | | | | | | ○ | | ○ | |
| 17 | 併設施設の状況等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | 役員の氏名、生年月日及び住所 | | | | | | | | | | ○ | ○ | | | | | | | ○ | | | |
| 19 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | ○ | | | | | | | | | | | ○ | | | | | | | ○ | | |
| 20 | その他 | ※ | ※ | ※ | ※ | ※ | ※ | ※ | ※ | ※ | ※ | ※ | ※ | ※ | ※ | ※ | ※ | ※ | ※ | ※ | ※ | ※ |

備考 ※については必要に応じて添付が必要となります。
△についてはどちらか一方添付が必要な書類となります。
◆特別養護老人ホームの管理者のみ提出が必要となります。

(参考)

サービス種類別の変更届出一覧(チェック用)

| 番号 | サービスの種類 変更内容 | 訪問 入浴 (予防) ① | 訪問 介護 ② | 訪問 看護 (予防) ③ | 訪問 リハ (予防) ④ | 居宅 療養 (予防) ⑤ | 通所 リハ (予防) ⑦ | 短期 生活 (予防) ⑧ | 短期 療養 (予防) ⑨ | 特定 施設 (予防) ⑩ | 用具 貸与 (予防) ⑪ | 用具 販売 (予防) ⑫ | 福祉 施設 ⑭ | 老健 施設 ⑮ | 医療院 ⑯ | 療養 医療 ⑰ |
|----|---|-----------------------|---------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------|---------------|----------|---------------|
| 1 | 事業所(施設)の名称 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2 | 事業所(施設)の所在地 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3 | 主たる事業所の所在地 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4 | 代表者(開設者)の氏名、生年月日並びに住所及び職名 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5 | 登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6 | 事業所(施設)の建物の構造、専用区画等 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | ○ |
| 7 | 備品 | ○ | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 事業所(施設)の管理者の氏名及び住所 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | ○ |
| 9 | サービス提供責任者の氏名及び住所 | | ○ | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 運営規程 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11 | 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関 | ○ | | | | | | ○ | | ○ | | | | ○ | ○ | |
| 12 | 事業所の種別 | | | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | | | | | | | ○ |
| 13 | 提供する居宅療養管理指導の種類 | | | | | ○ | | | | | | | | | | |
| 14 | 事業実施形態 (本体施設が特別養護老人ホームの場合の単独型・空床利用型・併設型) | | | | | | | ○ | | | | | | | | |
| 15 | 入院患者又は入所者の定員 | | | | | | | ○ | ○ | | | | | | | |
| 16 | 福祉用具の保管・消毒方法(委託している場合にあつては、委託等の契約の内容) | | | | | | | | | | ○ | | | | | |
| 17 | 併設施設の状況等 | | | | | | | | | | | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 18 | 役員の氏名、生年月日及び住所 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 19 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | | | | | | | | ○ | | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 20 | その他 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

備考 変更の状況が分かる書類を添付してください。

(参考様式1)

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(年 月分) サービス種類 ()
事業所・施設名 ()

| 職種 | 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 | 兼務の場合、 その職種を 記入すること |
|---------|------|----|-------|---|---|---|---|---|---|-------|---|----|----|----|----|----|-------|----|----|----|----|----|----|-------|----|----|----|----|----|----|-----------|------------------|------------------|---------------------------|
| | | | 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 | | | | |
| | | | * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (記載例一1) | | | ① | ① | ③ | ② | ④ | ① | ④ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (記載例一2) | | | a | b | a | b | a | b | c | d | c | d | e | e | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

常勤の従業員が週に勤務すべき時間数 週 () 時間

- 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員全員 (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。勤務時間ごとあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し、その番号を記入してください。
(記載例1-勤務時間 8:30~17:00、16:30~1:00、0:30~9:00、休日)
(記載例2-サービス提供時間 a 9:00~12:00、b 13:00~16:00、c 10:30~13:30、d 14:30~17:30、e 休日) 複数単位実施の場合、その全てを記入のこと。
- 3 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
- 4 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、常勤の従業員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。
- 5 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
- 6 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。
- 7 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、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)

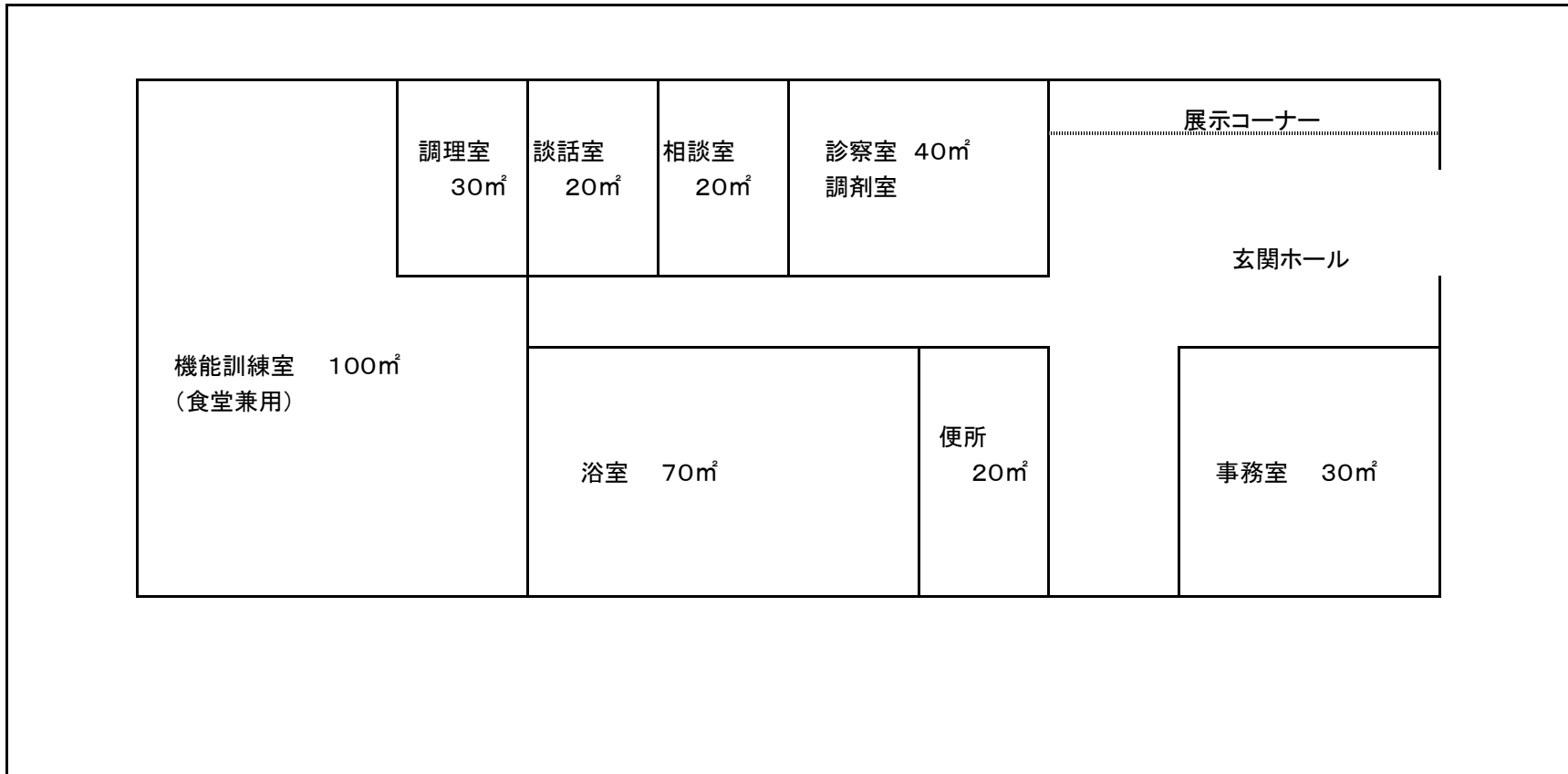
〇〇〇 経 歴 書

| 事業所・施設の名称 | | | | |
|-------------------|-----------|---------|-------------|---------|
| カナ | | | 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 | |
| | | | | |
| 備 考 (研修等の受講の状況等) | | | | |

- 備考1 「〇〇〇」には、「管理者」、「サービス提供責任者」、「経験看護婦等」、「精神保健福祉士に準ずる者」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 当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。

(参考様式3)
事業所の平面図

事業所・施設の名称



備考1 各室の用途及び面積を記載してください。

2 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。

(参考様式4)

居室面積等一覧表

サービス種類()

事業所・施設名()

| 区分 | 設置階 | ()階 | | | ()階 | | | ()階 | | | 合 計 | |
|----------------|-------|------|-----|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|
| | | 室数 | 面 積 | 備 考 | 室数 | 面 積 | 備 考 | 室数 | 面 積 | 備 考 | 室数 | 面 積 |
| (居室・療養室) | 1室の定員 | | () | | | () | | | () | | | |
| | | | () | | | () | | | () | | | |
| | | | () | | | () | | | () | | | |
| | | | () | | | () | | | () | | | |
| | | | () | | | () | | | () | | | |
| | | | () | | | () | | | () | | | |
| | | | () | | | () | | | () | | | |
| | | | () | | | () | | | () | | | |
| 片廊下の幅 | | | m | | | m | | | m | | / | |
| 中廊下の幅 | | | m | | | m | | | m | | | |
| 共用する事業所・施設名() | | | | | | | | | | | | |

備考1 設備基準で定められた部屋について、設置階ごとに記入してください。

2 居室・療養室等については、「1室の定員」ごとに分けて記入してください。また、同じ定員でも、面積の異なる部屋がある場合は、さらにそれぞれの部屋ごとに分けて記入してください。

3 「1人あたり面積」の算出が必要な設備は、面積欄の()内に記入してください(算出にあたって、小数点以下第2位を切り捨ててください)。

4 部屋の種類ごとにまとめて、合計の室数・面積を記入してください。

5 他の事業所又は施設と共用している場合は、「備考欄」に「共用」と記入し、「共用する事業所・施設名」欄に正式名称を記入し、共用先の当該部分の平面図を添付してください。

6 同一の事業所又は施設の他の部屋と兼用している場合は、「備考欄」に「〇〇室と兼用」と記入してください。

7 設置階数が様式の欄を超える場合は、複数枚に分けて記入し、まとめて提出してください。

(参考様式5)
設備・備品等一覧表

サービス種類()
事業所・施設名()

| 設備の概要 | 設備基準上適合すべき項目についての状況 | 適合の可否 |
|--|---------------------|-------|
| サービス提供上配慮すべき設備の概要 非常災害設備等 | | |
| 備品の品目 | 備品の品名及び数量 | |
| | | |

- 備考1 申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。
- 2 必要に応じて写真等を添付し、その旨を併せて記載してください。
- 3 「適合の可否」欄には、何も記載しないでください。

(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

| | |
|------------|--|
| 事業所・施設名 | |
| 申請するサービス種類 | |













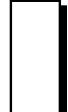








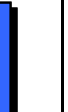

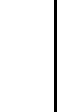




















| 措置の概要 | |
|-------|--|
| 1 | 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置 |
| 2 | 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 |
| 3 | 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等(居宅介護支援事業者の場合記入) |
| 4 | その他参考事項 |

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7)

サービス提供実施単位一覧表

(記載例)

| 曜日 時間 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|----------|---|---|---|--|---|---|---|
| 9:00 |   |   |   |   |   |   | |
| 12:00 |   |   |   |   |   |   | |
| 15:00 |   |   |   |   |   | | |
| 18:00 |   |   |   |   |   | | |
| 21:00 | | | | | | | |
| 0:00 | | | | | | | |

- 備考1 曜日ごとにサービス提供単位の状況を記載してください。また、サービス提供単位ごとの利用定員を記載してください。
- 2 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、サービス提供単位及びサービス提供単位ごとの利用定員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 8 - 1)

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

| サービス | 事業者 | | 事業所 | |
|---------------------------|------------|-----|------------|-----|
| | フリガナ 名称 | 所在地 | フリガナ 名称 | 所在地 |
| 指定訪問 介護 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 指定訪問 入浴介護 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 指定訪問 看護 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 指定訪問 リハビリ テーショ ン | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 指定通所 介護 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 指定通所 リハビリ テーショ ン | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 指定福祉 用具貸与 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 指定認知 症対応型 通所介護 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

備考

- 1 訪問介護、訪問看護、通所介護については必ず記入してください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

(参考様式 8 - 2)

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
(指定介護予防サービス事業者)

| サービス | 事業者 | | 事業所 | |
|-----------------------|------------|-----|------------|-----|
| | フリガナ 名称 | 所在地 | フリガナ 名称 | 所在地 |
| 指定訪問 介護 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 指定訪問 入浴介護 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 指定訪問 看護 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 指定訪問 リハビリ テーション | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 指定通所 介護 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 指定通所 リハビリ テーション | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 指定福祉 用具貸与 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 指定認知 症対応型 通所介護 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

備考

- 1 訪問介護、訪問看護、通所介護については必ず記入してください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

介護保険法第70条第2項各号の規定に該当しない旨等の誓約書

年 月 日

佐賀県知事 様

申請者 住所

氏名(法人にあつては名称及び代表者名)

申請者が介護保険法第70条第2項各号(病院等により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護にあつては、第6号の2、第6号の3、第10号の2及び第12号を除く。)の規定に該当しない者であること及び同法第115条の35に規定する介護サービス情報の報告及び公表を適正に行うことを誓約します。

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74条第1項の厚生労働省令で定める基準及び同項の厚生労働省令で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第74条第2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つ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44年法律第84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78条の2第4項第5号の3、第94条第3項第5号の3、第115条の2第2項第5号の3、第115条の12第2項第5号の3及び第203条第2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3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78条の2第4項第5号の3、第94条第3項第5号の3、第115条の2第2項第5号の3、第115条の12第2項第5号の3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77条第1項又は第115条の35第6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5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15条の規定による通知があつた日前60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等以上の支配力を有するものと認められる者を含む。第5節及び第203条第2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。)であつた者で当該取消の日から起算して5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、当該通知があつた日前60日以内に当該事業所の管理者であつた者で当該取消の日から起算して5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つ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77条第1項又は第115条の35第6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、その取消の日から起算して5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15条の規定による通知があった日前60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5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77条第1項又は第115条の35第6項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して5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77条第1項又は第115条の35第6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15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75条第2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5年を経過しないものであるとき。
- 七の二 申請者が、第76条第1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77条第1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10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75条第2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5年を経過しないものであるとき。
- 八 第7号に規定する期間内に第75条第2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60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5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4号から第6号まで又は第7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4号から第5号の3まで、第6号の2又は第7号から第9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4号から第5号まで又は第7号から第9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4号から第5号の3まで、第6号の2又は第7号から第9号までのいずれかに該当する者であるとき。

(介護保険法第115条の35)

- 一 指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者及び指定介護予防支援事業者並びに指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び指定介護療養型医療施設の開設者（以下「介護サービス事業者」という。）は、指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者若しくは指定介護予防支援事業者の指定又は介護老人保健施設の許可を受け、訪問介護、訪問入浴介護その他の厚生労働省令で定めるサービス（以下「介護サービス」という。）の提供を開始しようとするときその他厚生労働省令で定めるときは、政令で定めるところにより、その提供する介護サービスに係る介護サービス情報（介護サービスの内容及び介護サービスを提供する事業者又は施設の運営状況に関する情報であって、介護サービスを利用し、又は利用しようとする要介護者等が適切かつ円滑に当該介護サービスを利用する機会を確保するために公表されることが必要なものとして厚生労働省令で定めるものをいう。以下同じ。）を、当該介護サービスを提供する事業所又は施設の所在地を管轄する都道府県知事に報告しなければならない。
- 二 都道府県知事は、前項の規定による報告を受けた後、厚生労働省令で定めるところにより、当該報告の内容を公表しなければならない。
- 三 都道府県知事は、第一項の規定による報告に関して必要があると認めるときは、当該報告をした介護サービス事業者に対し、介護サービス情報のうち厚生労働省令で定めるものについて、調査を行うことができる。
- 四 都道府県知事は、介護サービス事業者が第一項の規定による報告をせず、若しくは虚偽の報告をし、又は前項の規定による調査を受けず、若しくは調査の実施を妨げたときは、期間を定めて、当該介護サービス事業者に対し、その報告を行い、若しくはその報告の内容を是正し、又はその調査を受けることを命ずることができる。
- 五 略
- 六 都道府県知事は、指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者若しくは指定介護予防サービス事業者又は指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは指定介護療養型医療施設の開設者が第四項の規定による命令に従わないときは、当該指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防サービス事業者、指定介護老人福祉施設若しくは指定介護療養型医療施設の指定若しくは介護老人保健施設の許可を取り消し、又は期間を定めてその指定若しくは許可の全部若しくは一部の効力を停止することができる。
- 七 略

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等の誓約書

年 月 日

佐賀県知事 様

申請者 住所

氏名(法人にあつては名称及び代表者名)

申請者が介護保険法第115条の2第2項各号(病院等により行われる介護予防居宅療養管理指導又は若しくは診療所により行われる介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション若しくは介護予防短期入所療養介護にあつては、第6号の2、第6号の3、第10号の2及び第10号の3を除く。)の規定に該当しない者であること及び同法第115条の35に規定する介護サービス情報の報告及び公表を適正に行うことを誓約します。

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115条の4第1項の厚生労働省令で定める基準及び同項の厚生労働省令で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第115条の4第2項に規定する指定介護予防申請者が、第115条の4第2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つ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3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115条の9第1項又は第115条の35第6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5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15条の規定による通知があつた日前60日以内に当該法人の役員等であつた者で当該取消の日から起算して5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、当該通知があつた日前60日以内に当該事業所の管理者であつた者で当該取消の日から起算して5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つ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115条の9第1項又は第115条の35第6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、その取消しの日から起算して5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15条の規定による通知があった日前60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5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60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5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115条の9第1項又は第115条の35第6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5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115条の9第1項又は第115条の35第6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15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115条の5第2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5年を経過しないものであるとき。
- 七の二 申請者が、第115条の7第1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115条の9第1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10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115条の5第2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5年を経過しないものであるとき。
- 八 第7号に規定する期間内に第115条の5第2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60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5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5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4号から第6号まで又は第7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4号から第5号の3まで、第6号の2又は第7号から第9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4号から第6号まで又は第7号から第9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4号から第5号の3まで、第6号の2又は第7号から第9号までのいずれかに該当する者である

(介護保険法第115条の35)

- 一 指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者及び指定介護予防支援事業者並びに指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び指定介護療養型医療施設の開設者(以下「介護サービス事業者」という。)は、指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者若しくは指定介護予防支援事業者の指定又は介護老人保健施設の許可を受け、訪問介護、訪問入浴介護その他の厚生労働省令で定めるサービス(以下「介護サービス」という。)の提供を開始しようとするときその他厚生労働省令で定めるときは、政令で定めるところにより、その提供する介護サービスに係る介護サービス情報(介護サービスの内容及び介護サービスを提供する事業者又は施設の運営状況に関する情報であって、介護サービスを利用し、又は利用しようとする要介護者等が適切かつ円滑に当該介護サービスを利用する機会を確保するために公表されることが必要なものとして厚生労働省令で定めるものをいう。以下同じ。)を、当該介護サービスを提供する事業所又は施設の所在地を管轄する都道府県知事に報告しなければならない。

- 二 都道府県知事は、前項の規定による報告を受けた後、厚生労働省令で定めるところにより、当該報告の内容を公表しなければならない。
- 三 都道府県知事は、第一項の規定による報告に関して必要があると認めるときは、当該報告をした介護サービス事業者に対し、介護サービス情報のうち厚生労働省令で定めるものについて、調査を行うことができる。
- 四 都道府県知事は、介護サービス事業者が第一項の規定による報告をせず、若しくは虚偽の報告をし、又は前項の規定による調査を受けず、若しくは調査の実施を妨げたときは、期間を定めて、当該介護サービス事業者に対し、その報告を行い、若しくはその報告の内容を是正し、又はその調査を受けることを命ずることができる。
- 五 略
- 六 都道府県知事は、指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者若しくは指定介護予防サービス事業者又は指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは指定介護療養型医療施設の開設者が第四項の規定による命令に従わないときは、当該指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防サービス事業者、指定介護老人福祉施設若しくは指定介護療養型医療施設の指定若しくは介護老人保健施設の許可を取り消し、又は期間を定めてその指定若しくは許可の全部若しくは一部の効力を停止することができる。
- 七 略

(参考様式9-2)

役員名簿 兼 誓約書

私は、この度の申請・届出を行うに当たり、次の事項について誓約します。
なお、県が必要な場合には、佐賀県警察本部に照会することについて承諾します。
また、照会で確認された情報は、今後、私が県と行う他の契約等における身分確認に利用することに同意します。

記

- 1 私は次のいずれにも該当する者ではありません。
 - (1) 暴力団(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。)
 - (2) 暴力団員(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。)
 - (3) 暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者
 - (4) 自己、自社若しくは第三者の不正な利益を図る目的又は第三者に損害を与える目的をもって暴力団又は暴力団員を利用している者
 - (5) 暴力団又は暴力団員に対して資金等を提供し、又は便宜を供与する等直接的又は積極的に暴力団の維持運営に協力し、又は関与している者
 - (6) 暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者
 - (7) 暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれらを利用している者
- 2 1の(2)から(7)までに掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体ではありません。

年 月 日

佐賀県知事 様

| 役員名簿(申請者が法人) | | | |
|--------------|--------|--------|-----|
| (ふりがな) | 性別 | 住 所 | |
| 氏 名 | 生年月日 | | |
| (就任年月日) | 役職名・呼称 | TEL | FAX |
| | | (〒 -) | |
| | | | |
| | | (〒 -) | |
| | | | |
| | | (〒 -) | |
| | | | |
| | | (〒 -) | |
| | | | |
| | | (〒 -) | |
| | | | |
| | | (〒 -) | |
| | | | |
| | | (〒 -) | |
| | | | |
| | | (〒 -) | |
| | | | |

- 備考
- 1 当様式は役員名簿と誓約書を兼ねています。代表者だけでなくすべての役員が上の誓約事項を確認の上、誓約年月日を記入してください。
 - 2 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等の支配力を有するものと認められる者を含む。)について役員名簿にご記入ください。
 - 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。
 - 4 就任年月日は、就任した当初の年月日を記載してください。
 - 5 申請者が法人の場合にあつては、申請書(第3号様式)に担当部署の責任者及び担当者の所属、役職、氏名及び連絡先を記載することで役員の氏名を記名とすることができます。

参考様式10

当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

| フリガナ 氏 名 | 介護支援専門員番号 (修了証明書交付元) | 常勤 | 非常勤 | 専 従 | 兼 務 | 兼務する場合 の職種 | 資格有効期限 就労年月日 |
|-------------|-------------------------|----|-----|-----|-----|---------------|-----------------|
| | () | | | | | | |
| | () | | | | | | |
| | () | | | | | | |
| | () | | | | | | |
| | () | | | | | | |

備考1 「職種」欄には、医師、看護婦(士)、保健婦(士)等の職種名を記載してください。

2 「常勤・非常勤」欄及び「専従・兼務」欄には、該当する部分に○を付してください。

3 「兼務する職種」欄には、他の事業所の従業者と兼務をしている場合、当該事業所での職種名(例一介護職員、生活相談員等)を記載してください。