

受付番号

指定居宅サービス事業所
指定介護予防サービス事業所
指定居宅介護支援事業所
介護保険施設

指定(許可)申請書

平成 年 月 日

佐賀県知事様

住所
(所在地)
氏名
(名称及び代表者職・氏名)

印

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(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。

事業所所在地市町村番号

申請 (開設)者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 県 郡市)				
	連絡先	電話番号	FAX番号			
	法人の種類別	法人所轄庁		法人設立年月日		
	代表者の職・氏名 ・生年月日	職名	フリガナ 氏名	生年月日		
	代表者の住所 及び電話番号	(郵便番号 県 郡市)				
指定 (許可)を受けようとする事業所・ 施設の種類	フリガナ 名称					
	事業所等の所在地	(郵便番号 県 郡市)				
	事業所連絡先	電話番号	FAX番号			
	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 をする事業等の 事業開始予定年月日	既に指定等を受 けている事業等の 指定(許可)年月日	様 式	
	指定 居宅 サー ビス	訪問介護				付表1
		訪問入浴介護				付表2
		訪問看護				付表3
		訪問リハビリテーション				付表4
		居宅療養管理指導				付表5
		通所介護				付表6
		通所リハビリテーション				付表7
		短期入所生活介護				付表8
		短期入所療養介護				付表9
		特定施設入居者生活介護				付表10
		福祉用具貸与				付表11
		特定福祉用具販売				付表12
施設	居宅介護支援事業				付表13	
	介護老人福祉施設				付表14	
	介護老人保健施設				付表15	
	介護療養型医療施設				付表16	
介護 予 防 サ ー ビ ス	介護予防訪問介護				付表1	
	介護予防訪問入浴介護				付表2	
	介護予防訪問看護				付表3	
	介護予防訪問リハビリテーション				付表4	
	介護予防居宅療養管理指導				付表5	
	介護予防通所介護				付表6	
	介護予防通所リハビリテーション				付表7	
	介護予防短期入所生活介護				付表8	
	介護予防短期入所療養介護				付表9	
	介護予防特定施設入居者生活介護				付表10	
	介護予防福祉用具貸与				付表11	
	特定介護予防福祉用具販売				付表12	
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	事業所区分					

記入担当者氏名 電話番号 FAX番号

備考

- 1 「受付番号」及び「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請（開設）者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 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、今回の申請に伴って、介護保険法第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る事業については、「実施事業」欄に「みなし」と記載してください。
- 5 「指定（許可）申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始（開設）予定年月日を記載してください。
- 6 「既に指定等を受けている事業等の指定（許可）年月日」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（同法第71条又は同法第72条に基づき指定があったものとみなされたときは、保健医療機関等の指定を受けた年月日、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」）を記載してください。
- 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」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。
- 8 「事業所区分」欄は、申請者が医療機関コード等を持つ場合に、「医科」、「歯科」、「薬局」、「老人保健施設」、「訪問看護ステーション」、「その他（福祉系）」の別を記入してください。
- 9 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。

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(病院・診療所)

受付番号

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 ー)						
		県 ー 郡市						
連絡先	電話番号				FAX番号			
	電子メールアドレス							
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等の条文 第 ー 条 第 ー 項 第 ー 号								
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 ー)			
	氏名							
	生年月日							
	管理者代行者が選任されている場合	医師		作業療法士		代行者名	フリガナ	
	理学療法士		専従の看護師		氏名			
事業所の種別(1つに○)	病院			基準第111条第1項診療所		同条第2項診療所		
医師数	常勤	人		1日あたりの				
	非常勤	人		総利用予定数	人			
従業者の職種・員数		理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	看護職員	介護職員		
常勤(人)								
非常勤(人)								
適合の可否								
専用の部屋等の面積					基準上の必要数値	適合の可否		
					m ²	m ² 以上		
主な 揭示 事項	営業日	単位ごとの営業日						
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)						
	利用定員	人(単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人)						
	利用料	法定代理受領分(一割・二割負担分)						
		法定代理受領分以外						
	その他の費用							
通常の事業実施地域								
添付書類	別添のとおり							

- 備考
- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 3 「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。
※ 通常の事業実施地域は、市町村単位を基本に記載してください。
 - 4 従業員の員数については、総数を記載してください。
 - 5 介護老人保健施設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者と見なされるので、本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には、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分かるような料金表を提出してください。

別添

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	申請者確認欄		備考
		通所リハ	介護予防通所リハ	
1	病院・診療所、老健の使用許可証等の写			
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表			(参考様式1)
3	組織体制図及び従業員の資格証明書(免許証)の写し			
4	事業所の従業員の経歴(管理者、経験看護師含む)			(参考様式2)
5	事業所の平面図(設備概要を含む)			(参考様式3)
6	事業所の写真(建物全景及び各用途別部屋写真)			
7	事業所の設備・備品等に係る一覧表			(参考様式5)
8	運営規程(注)			
9	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)
10	サービス提供実施単位一覧表			(参考様式7)

備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

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。

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)

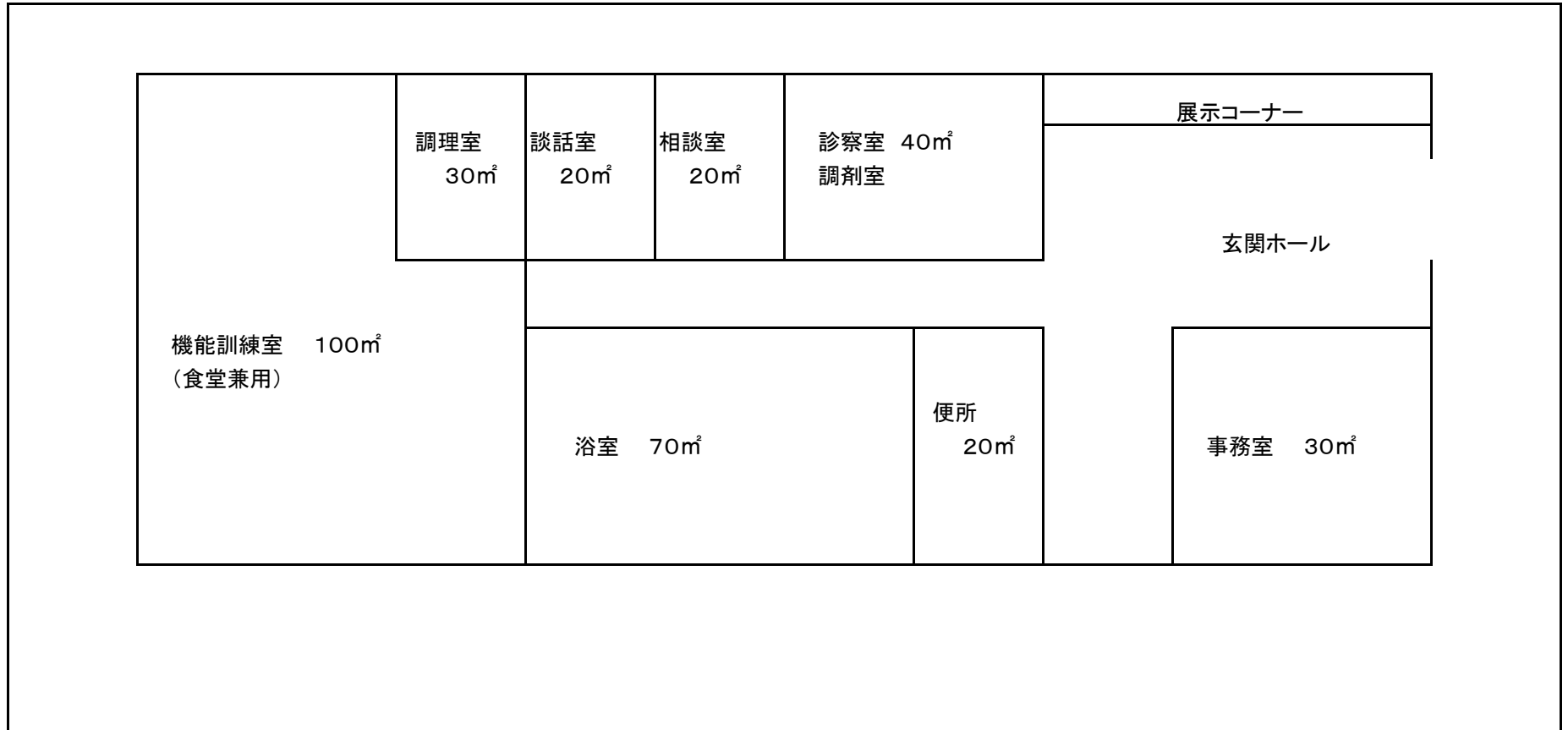
(注)

○運営規程の内容

- 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 指定通所リハビリテーション(指定介護予防通所リハビリテーション)の利用定員
- 5 指定通所リハビリテーション(指定介護予防通所リハビリテーション)の内容及び利用料その他の費用の額
- 6 通常の事業の実施地域
- 7 サービス利用に当たっての留意事項
- 8 非常災害対策
- 9 その他運営に関する重要事項

(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。

3 「適合の可否」欄には、何も記載しないでください。

)
)

適合の可否

室

(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	



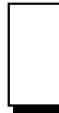

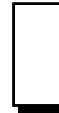



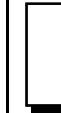

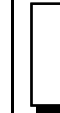












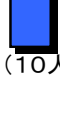


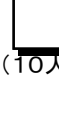
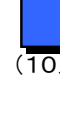
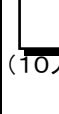

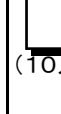









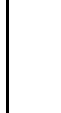

措 置 の 概 要	
1	利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置
2	円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順
3	苦情があったサービス事業者に対する対応方針等(居宅介護支援事業者の場合記入)
4	その他参考事項

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						
9:00											
12:00	 (10人)	 (10人)	 (10人)	 (10人)	 (10人)	 (10人)	 (10人)	 (10人)	 (10人)	 (10人)	 (10人)
15:00											
18:00	 (10人)	 (10人)	 (10人)	 (10人)	 (10人)	 (10人)	 (10人)	 (10人)	 (10人)	 (10人)	
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
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
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

土	日
 (10人)	

利用定員を記載してください。
の実績)により、サービス提供
として差し支えありません。