（参考）　短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項
（本体施設が特別養護老人ホーム以外の場合の併設事業所型）記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

付表第一号（十一）　短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号											
	フリガナ											
	名　称											
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県　　市　区 町　村										
	連絡先	電話番号	（内線）			FAX 番号						
		Email										
事業所種別（該当に○を記入）		①介護老人保健施設										
		②療養病床を有する病院・診療所										
		③②に該当しない診療所										
		④介護医療院										
管理者	フリガナ			住所	（郵便番号　　－　　）							
	氏　名											
	生年月日											
病棟名												
サービス提供単位１（事業所種別③に該当の場合記入）	介護形式（いずれか一方を選択）		□ 従来型			□ ユニット型						
	申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員		人									
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員		栄養士	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常　勤（人）										
		非常勤（人）										
		常勤換算後の人数（人）										
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟（病室）部分の設備基準上の数値記載項目	入院患者１人あたり床面積						㎡				
		廊下	片廊下の幅					m				
			中廊下の幅					m				
		食堂						㎡				
		建物の構造						□ 耐火建築物　□ 準耐火建築物　□ その他				
サービス提供単位２（事業所種別③に該当の場合記入）	介護形式（いずれか一方を選択）		□ 従来型			□ ユニット型						
	申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員		人									
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員		栄養士	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常　勤（人）										
		非常勤（人）										
		常勤換算後の人数（人）										
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟（病室）部分の設備基準上の数値記載項目	入院患者１人あたり床面積						㎡				
		廊下	片廊下の幅					m				
			中廊下の幅					m				
		食堂						㎡				
		建物の構造						□ 耐火建築物　□ 準耐火建築物　□ その他				
添付書類	別添のとおり											

備考　１　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
　　２　「申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員」欄は、当該施設等のうち、短期入所療養介護に供する部分の定員について記載すること。
　　３　病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が行うものについては、法第71条第１項及び第 72 条第１項の規定により指定があったものとみなされる場合は、本申請の必要はありません。

（参考）短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■複数病棟

病棟名												
サービス提供単位１（事業所種別③に該当の場合記入）	介護形式（いずれか一方を選択）			□ 従来型				□ ユニット型				
	申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員			人								
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数	医師		薬剤師		看護職員		介護職員		栄養士		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常　勤（人）											
	非常勤（人）											
	常勤換算後の人数（人）											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟（病室）部分の設備基準上の数値記載項目	入院患者１人あたり床面積										㎡
		廊下	片廊下の幅									m
			中廊下の幅									m
		食堂										㎡
		建物の構造						□ 耐火建築物	□ 準耐火建築物	□ その他		
サービス提供単位２（事業所種別③に該当の場合記入）	介護形式（いずれか一方を選択）			□ 従来型				□ ユニット型				
	申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員			人								
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数	医師		薬剤師		看護職員		介護職員		栄養士		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常　勤（人）											
	非常勤（人）											
	常勤換算後の人数（人）											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟（病室）部分の設備基準上の数値記載項目	入院患者１人あたり床面積										㎡
		廊下	片廊下の幅									m
			中廊下の幅									m
		食堂										㎡
		建物の構造						□ 耐火建築物	□ 準耐火建築物	□ その他		

付表第一号（十二）特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定等に係る記載事項

<table>
<tr><td rowspan="4">事業所</td><td>法人番号</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="6">（郵便番号　　－　　）
都　道　　市　区
府　県　　町　村</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先</td><td>電話番号</td><td colspan="2">（内線）</td><td>FAX番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Email</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">施設区分
（該当に〇）</td><td>有料老人ホーム</td><td></td><td rowspan="8">施設開設
年月日</td><td colspan="2" rowspan="8">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>軽費老人ホーム</td><td></td></tr>
<tr><td>サービス付き高齢者向け住宅</td><td></td></tr>
<tr><td>養護老人ホーム</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">入居者の要件
（該当に〇）</td><td>介護専用型</td><td></td></tr>
<tr><td>介護専用型以外</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">サービスの提供形態
（該当に〇）</td><td>一般型</td><td></td></tr>
<tr><td>外部サービス利用型</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">管理者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="3">住所</td><td colspan="3" rowspan="3">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">他の事業所、施設等の職務との兼務
（兼務の場合のみ記入）</td><td colspan="2">兼務先の名称、所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">兼務先のサービス種別、兼務する職種
及び勤務時間等</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">協力医療機関</td><td>名称</td><td colspan="2"></td><td>主な診療科名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>名称</td><td colspan="2"></td><td>主な診療科名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>名称</td><td colspan="2"></td><td>主な診療科名</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

〇人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）										
非常勤（人）										
常勤換算後の人数（人）										

〇設備に関する基準の確認に必要な事項

<table>
<tr><td>建物の構造</td><td colspan="5">□ 耐火建築物　□ 準耐火建築物　□ その他</td></tr>
<tr><td>入居定員</td><td colspan="5">人</td></tr>
<tr><td rowspan="2">利用者数</td><td colspan="5">人（前年の平均値、新規の場合は推定数を記入）</td></tr>
<tr><td>要介護者　　人</td><td>要支援者</td><td>人</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>添付書類</td><td colspan="5">別添のとおり</td></tr>
</table>

備考　１　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
　　２　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

（参考）特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

付表第一号（十三）　福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業所の指定等に係る記載事項

<table>
<tr><td rowspan="5">事業所</td><td>法人番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="5">（郵便番号　　－　　）
都　道　　市　区
府　県　　町　村</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先</td><td>電話番号</td><td>（内線）</td><td>FAX 番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Email</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">管理者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="3">住所</td><td colspan="2" rowspan="3">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">他の事業所、施設等の職務との兼務
（兼務の場合のみ記入）</td><td>兼務先の名称、所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>兼務先のサービス種別、
兼務する職種及び勤務時間等</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">貸与種目</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="3">利用者の推定数</td><td>人</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="7">○人員に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">従業者の職種・員数</td><td colspan="3">専門相談員</td><td rowspan="4"></td></tr>
<tr><td>専　従</td><td>兼　務</td></tr>
<tr><td colspan="2">常　勤（人）</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">非常勤（人）</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">常勤換算後の人数（人）</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">添付書類</td><td colspan="5">別添のとおり</td></tr>
</table>

備考　１　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
２　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
３　貸与種目は、「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「手すり」、「スロープ」、「歩行器」、「歩行補助つえ」、「認知症老人徘徊感知機器」、「移動用リフト（つり具の部分を除く。）」、「自動排泄処理装置」のうちから記入してください。

付表第一号（十四）　特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業所の指定等に係る記載事項

<table>
<tr><td rowspan="4">事業所</td><td>法人番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="5">（郵便番号　　－　　）
都　道　　市　区
府　県　　町　村</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先</td><td>電話番号</td><td colspan="2">（内線）</td><td>FAX 番号</td><td></td></tr>
<tr><td>Email</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">管理者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="3">住所</td><td rowspan="3">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">他の事業所、施設等の職務との兼務
（兼務の場合のみ記入）</td><td>兼務先の名称、所在地</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">販売種目</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">利用者の推定数</td><td>人</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="6">○人員に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">従業者の職種・員数</td><td colspan="3">専門相談員</td><td rowspan="4"></td></tr>
<tr><td>専　従</td><td>兼　務</td></tr>
<tr><td>常　勤（人）</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>非常勤（人）</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">添付書類</td><td colspan="4">別添のとおり</td></tr>
</table>

備考　１　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
　　２　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
　　３　販売種目は、「腰掛便座」、「自動排泄処理装置の交換可能部品」、「排泄予測支援機器」、「入浴補助用具」、「簡易浴槽」、「移動用リフトのつり具の部分」、「スロープ」、「歩行器」、「歩行補助つえ」のうちから記入してください。

付表第一号（十五）　介護老人福祉施設の指定等に係る記載事項

施設	法人番号				
	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道　府　県　　市　区　町　村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX 番号	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	生年月日				
	当該施設で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合のみ記入）	兼務先の名称、所在地			
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等			
短期入所生活介護の有無		□有　□無	事業の実施形態	□空床型　□併設型	
協力医療機関	名称		主な診療科名		
	名称		主な診療科名		
	名称		主な診療科名		
	名称		主な診療科名		

サービス提供単位１

介護形式（いずれか一方を選択）			□　従来型				□　ユニット型			
○人員に関する基準の確認に必要な事項										
従業者の職種・員数		医　師		生活相談員		介護職員		看護職員		
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常　勤（人）									
	非常勤（人）									
常勤換算後の人数（人）										
		栄養士・管理栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員等				
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務			
介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常　勤（人）									
	非常勤（人）									
常勤換算後の人数（人）										
入所者数		人（推定数を記入）		短期入所利用者数		人（推定数を記入）				

○設備に関する基準の確認に必要な事項			
		介護老人福祉施設	短期入所生活介護
居室	1室あたりの最大定員	人	人
	利用者1人あたりの最小床面積	㎡	㎡
食堂と機能訓練室の合計面積		㎡	㎡
廊下	片廊下の幅	m	m
	中廊下の幅	m	m
建物の構造		□耐火建築物　□準耐火建築物　□その他	
入所定員		人	

サービス提供単位２

介護形式（いずれか一方を選択）			□　従来型				□　ユニット型			
○人員に関する基準の確認に必要な事項										
従業者の職種・員数		医　師		生活相談員		介護職員		看護職員		
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常　勤（人）									
	非常勤（人）									
常勤換算後の人数（人）										
		栄養士・管理栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員等				
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務			
介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常　勤（人）									
	非常勤（人）									
常勤換算後の人数（人）										
入所者数		人（推定数を記入）		短期入所利用者数		人（推定数を記入）				

○設備に関する基準の確認に必要な事項			
		介護老人福祉施設	短期入所生活介護
居室	1室あたりの最大定員	人	人
	利用者1人あたりの最小床面積	㎡	㎡
食堂と機能訓練室の合計面積		㎡	㎡
廊下	片廊下の幅	m	m
	中廊下の幅	m	m
建物の構造		□耐火建築物　□準耐火建築物　□その他	
入所定員		人	
添付書類		別添のとおり	

備考　１　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
２　「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態（空床型・併設型の別）」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方にチェックをしてください。
３　短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の設備に関する基準の確認に必要な事項欄については、記載を要しません。
４　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
５　従業者の職種・員数の「※兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う従業者について記載してください。
６　介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。

（参考）介護老人福祉施設の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

付表第一号（十六）　介護老人保健施設の許可等に係る記載事項

施設	法人番号				
	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX 番号	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合のみ記入）	兼務先の名称、所在地			
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等			
短期入所療養介護の実施の有無			□有　□無	通所リハビリテーションの実施の有無	□有　□無
施設を共用する事業所等の名称（共用する場合記入）			フリガナ		
			名称		
協力医療機関	名称		主な診療科名		
	名称		主な診療科名		
	名称		主な診療科名		
	名称		主な診療科名		

サービス提供単位1

介護形式（いずれか一方を選択）			□従来型　□ユニット型						
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
従業者の職種・員数			医師		薬剤師		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
介護老人保健施設従事人数		常勤（人）								
		非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）										
			理学・作業療法士、言語聴覚士		栄養士・管理栄養士		支援相談員		介護支援専門員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
介護老人保健施設従事人数		常勤（人）								
		非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）										
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
療養室	1室の最大定員			人						
	入所者1人あたり最小床面積			㎡						
廊下	片廊下の幅			m						
	中廊下の幅			m						
機能訓練室面積				㎡						
食堂面積				㎡						
入所者の予定数				人						
一日当たりの通所総利用者予定数				人						
建物の構造			□耐火建築物　□準耐火建築物　□その他							
入所定員				人						

サービス提供単位2

介護形式（いずれか一方を選択）			□従来型　□ユニット型						
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
従業者の職種・員数			医師		薬剤師		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
介護老人保健施設従事人数		常勤（人）								
		非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）										
			理学・作業療法士、言語聴覚士		栄養士・管理栄養士		支援相談員		介護支援専門員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
介護老人保健施設従事人数		常勤（人）								
		非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）										
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
療養室	1室の最大定員			人						
	入所者1人あたり最小床面積			㎡						
廊下	片廊下の幅			m						
	中廊下の幅			m						
機能訓練室面積				㎡						
食堂面積				㎡						
入所者の予定数				人						
一日当たりの通所総利用者予定数				人						
建物の構造			□耐火建築物　□準耐火建築物　□その他							
入所定員				人						

<table>
<tr><td colspan="13">○通所リハビリテーション（該当する場合のみ）</td></tr>
<tr><td rowspan="5"></td><td colspan="12">○人員に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="3">従業者の職種・員数</td><td colspan="2">医師</td><td colspan="7" rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>専従</td><td>兼務</td></tr>
<tr><td colspan="3">常　勤（人）</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">非常勤（人）</td><td></td><td></td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="13">○設備に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">専用の部屋の面積</td><td colspan="2">㎡</td><td colspan="3">利用定員（同時利用）</td><td colspan="3">人</td></tr>
<tr><td rowspan="11">サービス提供単位1</td><td colspan="12">○人員に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">従業者の職種・員数</td><td colspan="2">理学療法士</td><td colspan="2">作業療法士</td><td colspan="2">言語聴覚士</td><td colspan="2">看護職員</td><td colspan="2">介護職員</td></tr>
<tr><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td></tr>
<tr><td colspan="3">常　勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">非常勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="13">○設備に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">営業日（該当に○）</td><td>日曜日</td><td>月曜日</td><td>火曜日</td><td>水曜日</td><td>木曜日</td><td>金曜日</td><td>土曜日</td><td>祝日</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">その他（年末年始休日等）</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="5">営業時間</td><td colspan="11">：　～　：</td></tr>
<tr><td rowspan="4">曜日ごとに異なる場合記入</td><td>平日</td><td colspan="10">：　～　：</td></tr>
<tr><td>土曜日</td><td colspan="10">：　～　：</td></tr>
<tr><td>日曜日・祝日</td><td colspan="10">：　～　：</td></tr>
<tr><td colspan="2">サービス提供時間</td><td colspan="10">：　～　：</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用定員</td><td colspan="3">人</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td rowspan="11">サービス提供単位2</td><td colspan="12">○人員に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">従業者の職種・員数</td><td colspan="2">理学療法士</td><td colspan="2">作業療法士</td><td colspan="2">言語聴覚士</td><td colspan="2">看護職員</td><td colspan="2">介護職員</td></tr>
<tr><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td></tr>
<tr><td colspan="3">常　勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">非常勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="13">○設備に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">営業日（該当に○）</td><td>日曜日</td><td>月曜日</td><td>火曜日</td><td>水曜日</td><td>木曜日</td><td>金曜日</td><td>土曜日</td><td>祝日</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">その他（年末年始休日等）</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="5">営業時間</td><td colspan="11">：　～　：</td></tr>
<tr><td rowspan="4">曜日ごとに異なる場合記入</td><td>平日</td><td colspan="10">：　～　：</td></tr>
<tr><td>土曜日</td><td colspan="10">：　～　：</td></tr>
<tr><td>日曜日・祝日</td><td colspan="10">：　～　：</td></tr>
<tr><td colspan="2">サービス提供時間</td><td colspan="10">：　～　：</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用定員</td><td colspan="3">人</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td colspan="3">添付書類</td><td colspan="10">別添のとおり</td></tr>
</table>

備考
1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
2　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
3　サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

（参考）介護老人保健施設の許可等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

■通所リハビリテーションサービス提供単位3以降

サービス提供単位3	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常　勤（人）											
	非常勤（人）											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他（年末年始休日等）									
	営業時間				：		～		：			
	曜日ごとに異なる場合記入	平日			：		～		：			
		土曜日			：		～		：			
		日曜日・祝日			：		～		：			
	サービス提供時間				：		～		：			
	利用定員					人						
サービス提供単位4	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常　勤（人）											
	非常勤（人）											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他（年末年始休日等）									
	営業時間				：		～		：			
	曜日ごとに異なる場合記入	平日			：		～		：			
		土曜日			：		～		：			
		日曜日・祝日			：		～		：			
	サービス提供時間				：		～		：			
	利用定員					人						

付表第一号（十七）　介護医療院の許可等に係る記載事項

施設	法人番号									
	フリガナ									
	名　称									
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村								
	連絡先	電話番号	（内線）		FAX 番号					
		Email								
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）						
	氏　名									
	生年月日									
	当該施設で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）									
	他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合のみ記入）	兼務先の名称、所在地								
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等								
短期入所療養介護の実施の有無			□有 □無	通所リハビリテーションの実施の有無		□有 □無				
施設を共用する事業所等の名称（共用する場合記入）			フリガナ							
			名称							
協力医療機関	名称		主な診療科名							
	名称		主な診療科名							
	名称		主な診療科名							
	名称		主な診療科名							
療養棟名										
施設類型（いずれか一方を選択）			□ Ⅰ型介護医療院		□ Ⅱ型介護医療院					
サービス提供単位1	介護形式（いずれか一方を選択）		□ 従来型		□ ユニット型					
	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数		医　師		薬剤師		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院従事人数	常　勤（人）								
		非常勤（人）								
	常勤換算後の人数（人）									
			理学・作業療法士、言語聴覚士		栄養士・管理栄養士		放射線技師		介護支援専門員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院従事人数	常　勤（人）								
		非常勤（人）								
	常勤換算後の人数（人）									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	療養室	1室の最大定員	人							
		入所者1人あたり最小床面積	㎡							
	廊下	片廊下の幅	m							
		中廊下の幅	m							
	機能訓練室面積		㎡							
	食堂（共同生活室）面積		㎡							
	入所者の予定数		人							
	一日当たりの通所総利用者予定数		人							
	建物の構造		□耐火建築物	□準耐火建築物	□その他					
	入所定員		人							
サービス提供単位2	介護形式（いずれか一方を選択）		□ 従来型		□ ユニット型					
	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数		医　師		薬剤師		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院従事人数	常　勤（人）								
		非常勤（人）								
	常勤換算後の人数（人）									
			理学・作業療法士、言語聴覚士		栄養士・管理栄養士		放射線技師		介護支援専門員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院従事人数	常　勤（人）								
		非常勤（人）								
	常勤換算後の人数（人）									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	療養室	1室の最大定員	人							
		入所者1人あたり最小床面積	㎡							
	廊下	片廊下の幅	m							
		中廊下の幅	m							
	機能訓練室面積		㎡							
	食堂（共同生活室）面積		㎡							
	入所者の予定数		人							
	一日当たりの通所総利用者予定数		人							
	建物の構造		□耐火建築物	□準耐火建築物	□その他					
	入所定員		人							

○通所リハビリテーション（該当する場合のみ）

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	医師	
	専従	兼務
常　勤（人）		
非常勤（人）		

○設備に関する基準の確認に必要な事項

専用の部屋の面積	㎡	利用定員（同時利用）	人

サービス提供単位１

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）										
非常勤（人）										

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								

営業時間					
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:	～	:	
	土曜日	:	～	:	
	日曜日・祝日	:	～	:	
サービス提供時間		:	～	:	
利用定員		人			

サービス提供単位２

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）										
非常勤（人）										

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								

営業時間					
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:	～	:	
	土曜日	:	～	:	
	日曜日・祝日	:	～	:	
サービス提供時間		:	～	:	
利用定員		人			

添付書類	別添のとおり

備考　１　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
　　２　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
　　３　サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

（参考）介護医療院の許可等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

■複数療養棟

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

■通所リハビリテーションサービス提供単位3以降

サービス提供単位3	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常　勤（人）											
	非常勤（人）											
	常勤換算後の人数（人）											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日			
		その他（年末年始休日等）										
	営業時間	:		～		:						
	曜日ごとに異なる場合記入 平日	:		～		:						
	曜日ごとに異なる場合記入 土曜日	:		～		:						
	曜日ごとに異なる場合記入 日曜日・祝日	:		～		:						
	サービス提供時間	:		～		:						
	利用定員	人										
サービス提供単位4	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常　勤（人）											
	非常勤（人）											
	常勤換算後の人数（人）											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日			
		その他（年末年始休日等）										
	営業時間	:		～		:						
	曜日ごとに異なる場合記入 平日	:		～		:						
	曜日ごとに異なる場合記入 土曜日	:		～		:						
	曜日ごとに異なる場合記入 日曜日・祝日	:		～		:						
	サービス提供時間	:		～		:						
	利用定員	人										

付表第二号（一）　定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県　　市　区 町　村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合のみ記入）	兼務先の名称、所在地			
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等			
連携する訪問看護事業所（連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施する場合のみ記載）			名称		
			住所	（郵便番号　　－　　）	

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	訪問介護員等				オペレーター		看護職員		理学・作業療法士、言語聴覚士		うち計画作成責任者	
	定期巡回サービス		随時訪問サービス									
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）												
非常勤（人）												
常勤換算後の人数（人）												
添付書類	別添のとおり											

（定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

事業所	フリガナ			
	名　称			
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県　　市　区 町　村		
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号
		Email		

備考　１　記入欄が不足する場合は、遮宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
２　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
３　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。

（参考）　定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■連携する訪問看護事業所

連携する訪問看護事業所 （連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施する場合のみ記載）	名称	
	住所	（郵便番号　　－　　）
連携する訪問看護事業所 （連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施する場合のみ記載）	名称	
	住所	（郵便番号　　－　　）

（定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

■複数事業所

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県		市　区 町　村	
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			

付表第二号（二）　夜間対応型訪問介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号								
	フリガナ								
	名　称								
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県　　市　区 町　村							
	連絡先	電話番号	（内線）			FAX番号			
		Email							
管理者	フリガナ			住所	（郵便番号　　－　　）				
	氏　名								
	生年月日								
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）								
	他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合に記入）	兼務先の名称、所在地							
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等							
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
オペレーションセンターの有無		□有　□無							
オペレーションセンターの設置数		か所							
従業者の職種・員数		訪問介護員等				オペレーター		面接相談員	
		定期巡回サービス		随時訪問サービス					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常　勤（人）								
	非常勤（人）								

（夜間対応型訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県　　市　区 町　村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			

備考　１　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
２　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
３　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。

（参考）　夜間対応型訪問介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

（夜間対応型訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

■複数事業所

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県　　市　区 町　村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			

付表第二号（三）　地域密着型通所介護（療養通所介護）事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号								
	フリガナ								
	名　称								
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村							
	連絡先	電話番号	（内線）		FAX番号				
		Email							
管理者	フリガナ			住所	（郵便番号　　－　　）				
	氏　名								
	生年月日								
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）								
	他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合のみ記入）	兼務先の名称、所在地			事業所番号				
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等							
共生型サービスの該当有無				□有　□無					
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡	利用定員（同時利用）				人	

サービス提供単位1

○人員に関する基準の確認に必要な事項								
従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）								
非常勤（人）								

○設備に関する基準の確認に必要な事項								
営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他（年末年始休日等）							
営業時間			：～：					
曜日ごとに異なる場合記入	平日		：～：					
	土曜日		：～：					
	日曜日・祝日		：～：					
サービス提供時間			：～：					
利用定員			人					

サービス提供単位2

○人員に関する基準の確認に必要な事項								
従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）								
非常勤（人）								

○設備に関する基準の確認に必要な事項								
営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他（年末年始休日等）							
営業時間			：～：					
曜日ごとに異なる場合記入	平日		：～：					
	土曜日		：～：					
	日曜日・祝日		：～：					
サービス提供時間			：～：					
利用定員			人					

サービス提供単位3

○人員に関する基準の確認に必要な事項								
従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）								
非常勤（人）								

○設備に関する基準の確認に必要な事項								
営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他（年末年始休日等）							
営業時間			：～：					
曜日ごとに異なる場合記入	平日		：～：					
	土曜日		：～：					
	日曜日・祝日		：～：					
サービス提供時間			：～：					
利用定員			人					

添付書類	別添のとおり

（地域密着型通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

<table>
<tr><td rowspan="4">事業所</td><td>フリガナ</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="6">（郵便番号　　－　　）
都道府県　　市区町村</td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td>電話番号</td><td colspan="2">（内線）</td><td>FAX番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td>Email</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="8">○設備に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td colspan="3">食堂及び機能訓練室の合計面積</td><td>㎡</td><td colspan="2">利用定員（同時利用）</td><td colspan="2">人</td></tr>
<tr><td rowspan="8">サービス提供単位1</td><td colspan="7">○設備に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td rowspan="3">営業日
（該当に○）</td><td>日曜日</td><td>月曜日</td><td>火曜日</td><td>水曜日</td><td>木曜日</td><td>金曜日</td><td>土曜日</td><td>祝日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">その他（年末年始休日等）</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">営業時間</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">曜日ごとに異なる場合記入</td><td>平日</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td>土曜日</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td>日曜日・祝日</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td colspan="2">サービス提供時間</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用定員</td><td colspan="2">人</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="8">サービス提供単位2</td><td colspan="7">○設備に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td rowspan="3">営業日
（該当に○）</td><td>日曜日</td><td>月曜日</td><td>火曜日</td><td>水曜日</td><td>木曜日</td><td>金曜日</td><td>土曜日</td><td>祝日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">その他（年末年始休日等）</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">営業時間</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">曜日ごとに異なる場合記入</td><td>平日</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td>土曜日</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td>日曜日・祝日</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td colspan="2">サービス提供時間</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用定員</td><td colspan="2">人</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="8">サービス提供単位3</td><td colspan="7">○設備に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td rowspan="3">営業日
（該当に○）</td><td>日曜日</td><td>月曜日</td><td>火曜日</td><td>水曜日</td><td>木曜日</td><td>金曜日</td><td>土曜日</td><td>祝日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">その他（年末年始休日等）</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">営業時間</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">曜日ごとに異なる場合記入</td><td>平日</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td>土曜日</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td>日曜日・祝日</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td colspan="2">サービス提供時間</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用定員</td><td colspan="2">人</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">添付書類</td><td colspan="6">平面図</td></tr>
</table>

備考　１　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
２　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
３　機能訓練指導員については、生活相談員、看護職員又は介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
４　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。
５　サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

（参考）　地域密着型通所介護（療養通所介護）事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

<table>
<tr><td rowspan="15">サービス提供単位4</td><td colspan="10">○人員に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td rowspan="3">従業者の職種・員数</td><td colspan="2">生活相談員</td><td colspan="2">看護職員</td><td colspan="2">介護職員</td><td colspan="2">機能訓練指導員</td></tr>
<tr><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td></tr>
<tr><td>常　勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">非常勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="10">○設備に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td rowspan="2">営業日
（該当に○）</td><td>日曜日</td><td>月曜日</td><td>火曜日</td><td>水曜日</td><td>木曜日</td><td>金曜日</td><td>土曜日</td><td>祝日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">その他（年末年始休日等）</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">営業時間</td><td colspan="2">：</td><td colspan="2">～</td><td colspan="4">：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">曜日ごとに異なる場合記入</td><td>平日</td><td colspan="2">：</td><td colspan="2">～</td><td colspan="4">：</td></tr>
<tr><td>土曜日</td><td colspan="2">：</td><td colspan="2">～</td><td colspan="4">：</td></tr>
<tr><td>日曜日・祝日</td><td colspan="2">：</td><td colspan="2">～</td><td colspan="4">：</td></tr>
<tr><td colspan="2">サービス提供時間</td><td colspan="2">：</td><td colspan="2">～</td><td colspan="4">：</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用定員</td><td colspan="2">人</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="15">サービス提供単位5</td><td colspan="10">○人員に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td rowspan="3">従業者の職種・員数</td><td colspan="2">生活相談員</td><td colspan="2">看護職員</td><td colspan="2">介護職員</td><td colspan="2">機能訓練指導員</td></tr>
<tr><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td></tr>
<tr><td>常　勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">非常勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="10">○設備に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td rowspan="2">営業日
（該当に○）</td><td>日曜日</td><td>月曜日</td><td>火曜日</td><td>水曜日</td><td>木曜日</td><td>金曜日</td><td>土曜日</td><td>祝日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">その他（年末年始休日等）</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">営業時間</td><td colspan="2">：</td><td colspan="2">～</td><td colspan="4">：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">曜日ごとに異なる場合記入</td><td>平日</td><td colspan="2">：</td><td colspan="2">～</td><td colspan="4">：</td></tr>
<tr><td>土曜日</td><td colspan="2">：</td><td colspan="2">～</td><td colspan="4">：</td></tr>
<tr><td>日曜日・祝日</td><td colspan="2">：</td><td colspan="2">～</td><td colspan="4">：</td></tr>
<tr><td colspan="2">サービス提供時間</td><td colspan="2">：</td><td colspan="2">～</td><td colspan="4">：</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用定員</td><td colspan="2">人</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="15">サービス提供単位6</td><td colspan="10">○人員に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td rowspan="3">従業者の職種・員数</td><td colspan="2">生活相談員</td><td colspan="2">看護職員</td><td colspan="2">介護職員</td><td colspan="2">機能訓練指導員</td></tr>
<tr><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td></tr>
<tr><td>常　勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">非常勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="10">○設備に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td rowspan="2">営業日
（該当に○）</td><td>日曜日</td><td>月曜日</td><td>火曜日</td><td>水曜日</td><td>木曜日</td><td>金曜日</td><td>土曜日</td><td>祝日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">その他（年末年始休日等）</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">営業時間</td><td colspan="2">：</td><td colspan="2">～</td><td colspan="4">：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">曜日ごとに異なる場合記入</td><td>平日</td><td colspan="2">：</td><td colspan="2">～</td><td colspan="4">：</td></tr>
<tr><td>土曜日</td><td colspan="2">：</td><td colspan="2">～</td><td colspan="4">：</td></tr>
<tr><td>日曜日・祝日</td><td colspan="2">：</td><td colspan="2">～</td><td colspan="4">：</td></tr>
<tr><td colspan="2">サービス提供時間</td><td colspan="2">：</td><td colspan="2">～</td><td colspan="4">：</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用定員</td><td colspan="2">人</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

（地域密着型通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

■複数事業所又はサービス提供単位４以降

事業所	フリガナ								
	名　称								
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村							
	連絡先	電話番号	（内線）			FAX番号			
		Email							
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡	利用定員（同時利用）	人					
サービス提供単位４	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他（年末年始休日等）							
	営業時間			：～：					
		曜日ごとに異なる場合記入	平日	：～：					
			土曜日	：～：					
			日曜日・祝日	：～：					
	サービス提供時間			：～：					
	利用定員			人					
サービス提供単位５	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他（年末年始休日等）							
	営業時間			：～：					
		曜日ごとに異なる場合記入	平日	：～：					
			土曜日	：～：					
			日曜日・祝日	：～：					
	サービス提供時間			：～：					
	利用定員			人					
サービス提供単位６	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他（年末年始休日等）							
	営業時間			：～：					
		曜日ごとに異なる場合記入	平日	：～：					
			土曜日	：～：					
			日曜日・祝日	：～：					
	サービス提供時間			：～：					
	利用定員			人					

付表第二号（四）　認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定等に係る記載事項（単独型・併設型）

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県　　市　区 町　村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			
事業の実施形態		□ 単独型　□ 併設型			
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合のみ記入）	兼務先の名称、所在地		事業所番号	
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等			

○設備に関する基準の確認に必要な事項

食堂及び機能訓練室の合計面積	㎡	利用定員（同時利用）	人

サービス提供単位１

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）								
非常勤（人）								

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								

営業時間		：	～	：
曜日ごとに異なる場合記入	平日	：	～	：
	土曜日	：	～	：
	日曜日・祝日	：	～	：
サービス提供時間		：	～	：
利用定員		人		

サービス提供単位２

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）								
非常勤（人）								

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								

営業時間		：	～	：
曜日ごとに異なる場合記入	平日	：	～	：
	土曜日	：	～	：
	日曜日・祝日	：	～	：
サービス提供時間		：	～	：
利用定員		人		

サービス提供単位３

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）								
非常勤（人）								

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								

営業時間		：	～	：
曜日ごとに異なる場合記入	平日	：	～	：
	土曜日	：	～	：
	日曜日・祝日	：	～	：
サービス提供時間		：	～	：
利用定員		人		

添付書類	別添のとおり

（認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

事業所	フリガナ								
	名　称								
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県				市　区 町　村			
	連絡先	電話番号	（内線）		FAX番号				
		Email							
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡		利用定員（同時利用）		人			
サービス提供単位１	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他（年末年始休日等）							
	営業時間	：		～	：				
	曜日ごとに異なる場合記入 平日	：		～	：				
	曜日ごとに異なる場合記入 土曜日	：		～	：				
	曜日ごとに異なる場合記入 日曜日・祝日	：		～	：				
	サービス提供時間	：		～	：				
	利用定員	人							
サービス提供単位２	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他（年末年始休日等）							
	営業時間	：		～	：				
	曜日ごとに異なる場合記入 平日	：		～	：				
	曜日ごとに異なる場合記入 土曜日	：		～	：				
	曜日ごとに異なる場合記入 日曜日・祝日	：		～	：				
	サービス提供時間	：		～	：				
	利用定員	人							
サービス提供単位３	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他（年末年始休日等）							
	営業時間	：		～	：				
	曜日ごとに異なる場合記入 平日	：		～	：				
	曜日ごとに異なる場合記入 土曜日	：		～	：				
	曜日ごとに異なる場合記入 日曜日・祝日	：		～	：				
	サービス提供時間	：		～	：				
	利用定員	人							

備考　１　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
２　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
３　機能訓練指導員については、生活相談員、看護職員又は介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
４　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。
５　サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

（参考）　認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定等に係る記載事項（単独型・併設型）記入欄不足時の資料

■サービス提供単位４以降

<table>
<tr><td rowspan="15">サービス提供単位４</td><td colspan="10">○人員に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">従業者の職種・員数</td><td colspan="2">生活相談員</td><td colspan="2">看護職員</td><td colspan="2">介護職員</td><td colspan="2">機能訓練指導員</td></tr>
<tr><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td></tr>
<tr><td colspan="2">常　勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">非常勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="10">○設備に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">営業日（該当に○）</td><td>日曜日</td><td>月曜日</td><td>火曜日</td><td>水曜日</td><td>木曜日</td><td>金曜日</td><td>土曜日</td><td>祝日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">営業時間</td><td colspan="4">その他（年末年始休日等）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">曜日ごとに異なる場合記入</td><td>平日</td><td colspan="8">：　～　：</td></tr>
<tr><td>土曜日</td><td colspan="8">：　～　：</td></tr>
<tr><td>日曜日・祝日</td><td colspan="8">：　～　：</td></tr>
<tr><td colspan="2">サービス提供時間</td><td colspan="8">：　～　：</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用定員</td><td colspan="4">人</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="15">サービス提供単位５</td><td colspan="10">○人員に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">従業者の職種・員数</td><td colspan="2">生活相談員</td><td colspan="2">看護職員</td><td colspan="2">介護職員</td><td colspan="2">機能訓練指導員</td></tr>
<tr><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td></tr>
<tr><td colspan="2">常　勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">非常勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="10">○設備に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">営業日（該当に○）</td><td>日曜日</td><td>月曜日</td><td>火曜日</td><td>水曜日</td><td>木曜日</td><td>金曜日</td><td>土曜日</td><td>祝日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">営業時間</td><td colspan="4">その他（年末年始休日等）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">曜日ごとに異なる場合記入</td><td>平日</td><td colspan="8">：　～　：</td></tr>
<tr><td>土曜日</td><td colspan="8">：　～　：</td></tr>
<tr><td>日曜日・祝日</td><td colspan="8">：　～　：</td></tr>
<tr><td colspan="2">サービス提供時間</td><td colspan="8">：　～　：</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用定員</td><td colspan="4">人</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

（認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

■複数事業所又はサービス提供単位４以降

事業所	フリガナ								
	名　称								
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県　　市　区 町　村							
	連絡先	電話番号	（内線）		FAX番号				
		Email							
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡	利用定員（同時利用）		人				
サービス提供単位４	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他（年末年始休日等）							
	営業時間	：			～	：			
	曜日ごとに異なる場合記入 平日	：			～	：			
	曜日ごとに異なる場合記入 土曜日	：			～	：			
	曜日ごとに異なる場合記入 日曜日・祝日	：			～	：			
	サービス提供時間	：			～	：			
	利用定員	人							
サービス提供単位５	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他（年末年始休日等）							
	営業時間	：			～	：			
	曜日ごとに異なる場合記入 平日	：			～	：			
	曜日ごとに異なる場合記入 土曜日	：			～	：			
	曜日ごとに異なる場合記入 日曜日・祝日	：			～	：			
	サービス提供時間	：			～	：			
	利用定員	人							

付表第二号（五）　認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定等に係る記載事項　（共用型）

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道　府　県　　市　区　町　村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			
本体事業種別		□ 認知症対応型共同生活介護事業所　□ 地域密着型特定施設　□ 地域密着型介護老人福祉施設			
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合のみ記入）	兼務先の名称、所在地		事業所番号	
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等			

○人員に関する基準の確認に必要な事項

本体の事業所等の入居者を含めた利用者数	人

○設備に関する基準の確認に必要な事項

食堂及び機能訓練室の合計面積	㎡	利用定員（同時利用）	人

サービス提供単位1

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員又は介護従業者		機能訓練指導員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）								
非常勤（人）								
	計画作成担当者		医　師		栄養士		介護支援専門員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）								
非常勤（人）								

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他（年末年始休日等）							

営業時間		: ～ :
曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ～ :
	土曜日	: ～ :
	日曜日・祝日	: ～ :
サービス提供時間		: ～ :
利用定員		人

サービス提供単位2

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員又は介護従業者		機能訓練指導員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）								
非常勤（人）								
	計画作成担当者		医　師		栄養士		介護支援専門員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）								
非常勤（人）								

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他（年末年始休日等）							

営業時間		: ～ :
曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ～ :
	土曜日	: ～ :
	日曜日・祝日	: ～ :
サービス提供時間		: ～ :
利用定員		人

サービス提供単位3

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員又は介護従業者		機能訓練指導員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）								
非常勤（人）								
	計画作成担当者		医　師		栄養士		介護支援専門員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）								
非常勤（人）								

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他（年末年始休日等）							

営業時間		: ～ :
曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ～ :
	土曜日	: ～ :
	日曜日・祝日	: ～ :
サービス提供時間		: ～ :
利用定員		人

添付書類	別添のとおり

（認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

事業所	フリガナ								
	名　称								
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県　　市　区 町　村							
	連絡先	電話番号	（内線）		FAX番号				
		Email							
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡		利用定員（同時利用）		人			
サービス提供単位１	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			その他（年末年始休日等）							
	営業時間		：			～		：		
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	：			～		：		
		土曜日	：			～		：		
		日曜日・祝日	：			～		：		
	サービス提供時間		：			～		：		
	利用定員				人					
サービス提供単位２	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			その他（年末年始休日等）							
	営業時間		：			～		：		
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	：			～		：		
		土曜日	：			～		：		
		日曜日・祝日	：			～		：		
	サービス提供時間		：			～		：		
	利用定員				人					
サービス提供単位３	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			その他（年末年始休日等）							
	営業時間		：			～		：		
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	：			～		：		
		土曜日	：			～		：		
		日曜日・祝日	：			～		：		
	サービス提供時間		：			～		：		
	利用定員				人					

備考　１　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
　　２　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
　　３　機能訓練指導員については、生活相談員、看護職員又は介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
　　４　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。
　　５　サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

（参考）　認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定等に係る記載事項（共用型）記入欄不足時の資料

■サービス提供単位４以降

サービス提供単位4

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員又は介護従業者		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）									
非常勤（人）									
		計画作成担当者		医　師		栄養士		介護支援専門員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）									
非常勤（人）									

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								

営業時間		:	～	:	
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:	～	:	
	土曜日	:	～	:	
	日曜日・祝日	:	～	:	
サービス提供時間		:	～	:	
利用定員		人			

サービス提供単位5

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員又は介護従業者		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）									
非常勤（人）									
		計画作成担当者		医　師		栄養士		介護支援専門員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）									
非常勤（人）									

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								

営業時間		:	～	:	
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:	～	:	
	土曜日	:	～	:	
	日曜日・祝日	:	～	:	
サービス提供時間		:	～	:	
利用定員		人			

サービス提供単位6

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員又は介護従業者		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）									
非常勤（人）									
		計画作成担当者		医　師		栄養士		介護支援専門員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）									
非常勤（人）									

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								

営業時間		:	～	:	
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:	～	:	
	土曜日	:	～	:	
	日曜日・祝日	:	～	:	
サービス提供時間		:	～	:	
利用定員		人			

（認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

■複数事業所又はサービス提供単位４以降

事業所	フリガナ								
	名　称								
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県　　市　区 町　村							
	連絡先	電話番号	（内線）		FAX番号				
		Email							
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡		利用定員（同時利用）		人			
サービス提供単位４	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他（年末年始休日等）							
	営業時間	：	～	：					
	曜日ごとに異なる場合記入　平日	：	～	：					
	曜日ごとに異なる場合記入　土曜日	：	～	：					
	曜日ごとに異なる場合記入　日曜日・祝日	：	～	：					
	サービス提供時間	：	～	：					
	利用定員	人							
サービス提供単位５	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他（年末年始休日等）							
	営業時間	：	～	：					
	曜日ごとに異なる場合記入　平日	：	～	：					
	曜日ごとに異なる場合記入　土曜日	：	～	：					
	曜日ごとに異なる場合記入　日曜日・祝日	：	～	：					
	サービス提供時間	：	～	：					
	利用定員	人							
サービス提供単位６	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他（年末年始休日等）							
	営業時間	：	～	：					
	曜日ごとに異なる場合記入　平日	：	～	：					
	曜日ごとに異なる場合記入　土曜日	：	～	：					
	曜日ごとに異なる場合記入　日曜日・祝日	：	～	：					
	サービス提供時間	：	～	：					
	利用定員	人							

付表第二号（六）　小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県　　市　区 町　村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX 番号	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合のみ記入）	兼務先の名称、所在地		事業所番号	
		兼務先のサービス種別、兼務する職種 及び勤務時間等			
協力医療機関	名称		主な診療科名		
	名称		主な診療科名		

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	介護従業者		看護職員		介護支援専門員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）						
非常勤（人）						
常勤換算後の人数（人）						

通いサービスの利用者数（推定数を記入）	人		
○設備に関する基準の確認に必要な情報			
居間及び食堂の合計面積	㎡		
個室以外の宿泊室の合計面積	㎡	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	人
登録定員	人		
通いサービスの利用定員	人	宿泊サービスの利用定員	人
建物の構造	□ 耐火建築物	□ 準耐火建築物	□ その他
添付書類	別添のとおり		

（小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項）

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県　　市　区 町　村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX 番号	
		Email			
○設備に関する基準の確認に必要な情報					
居間及び食堂の合計面積		㎡			
個室以外の宿泊室の合計面積		㎡	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数		人
登録定員		人			
通いサービスの利用定員		人	宿泊サービスの利用定員		人
建物の構造		□ 耐火建築物	□ 準耐火建築物		□ その他

備考　１　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
２　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
３　「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
４　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。

（参考）　小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

（小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項）

■複数事業所

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX 番号	
		Email			
○設備に関する基準の確認に必要な情報					
居間及び食堂の合計面積		㎡			
個室以外の宿泊室の合計面積		㎡	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数		人
登録定員		人			
通いサービスの利用定員		人	宿泊サービスの利用定員		人
建物の構造		□ 耐火建築物	□ 準耐火建築物	□ その他	

付表第二号（七）　認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号									
	フリガナ									
	名　称									
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県　　市　区 町　村								
	連絡先	電話番号	（内線）		FAX 番号					
		Email								
管理者	フリガナ			住所	（郵便番号　　－　　）					
	氏　名									
	生年月日									
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）									
	他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合のみ記入）	兼務先の名称、所在地			事業所番号					
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等								
本体施設の有無		□有　□無	本体施設名称		事業所番号					
協力医療機関	名称			主な診療科名						
	名称			主な診療科名						
○人員に関する基準の確認に必要な事項										
共同生活住居数		戸	①		②		③			
従業者の職種・員数			介護従業者		介護従業者		介護従業者		計画作成担当者	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤（人）									
	非常勤（人）									
	常勤換算後の人数（人）									
利用者数（推定数を記入）		合計　人	人		人		人			
利用定員			人		人		人			
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
建物の構造		□耐火建築物　□準耐火建築物　□その他								
添付書類		別添のとおり								

備考　１　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
２　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
３　「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。

（参考）認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定等に係る記載事項 記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

付表第二号（八）　地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号											
	フリガナ											
	名　称											
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村										
	連絡先	電話番号	（内線）		FAX 番号							
		Email										
施設の区分（該当に○）		有料老人ホーム			施設開設年月日							
		軽費老人ホーム										
		サービス付き高齢者向け住宅										
管理者	フリガナ				住所	（郵便番号　　－　　）						
	氏　名											
	生年月日											
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）											
	他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合のみ記入）	兼務先の名称、所在地						事業所番号				
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等										
協力医療機関	名称				主な診療科名							
	名称				主な診療科名							
	名称				主な診療科名							
○人員に関する基準の確認に必要な事項												
従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		計画作成担当者		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常　勤（人）											
	非常勤（人）											
	常勤換算後の人数（人）											
利用者数（推定数を記入）		人			（前年の平均値、新規の場合は推定数を記入）							
	要介護者	人										
○設備に関する基準の確認に必要な事項												
入居定員		人										
建物の構造		□ 耐火建築物　□ 準耐火建築物　□ その他										
添付書類		別添のとおり										

備考　1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
2　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

（参考）地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

付表第二号（九）　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定等に係る記載事項

施設	法人番号								
	フリガナ								
	名　称								
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村							
	連絡先	電話番号	（内線）		FAX 番号				
		Email							
管理者	フリガナ			住所	（郵便番号　　－　　）				
	氏名								
	生年月日								
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）								
	他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合のみ記入）	兼務先の名称、所在地			事業所番号				
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等							
本体施設の有無		□有　□無	本体施設名称		事業所番号				
併設事業所の有無		□有　□無	短期入所生活介護の実施の有無	□有　□無	事業の実施形態	□空床利用型　□併設事業所			
協力医療機関	名称			主な診療科名					
	名称			主な診療科名					

サービス提供単位１

介護形式（いずれか一方を選択）　□従来型　□ユニット型

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数		医師		生活相談員		介護職員		看護職員	
		専従	＊兼務	専従	＊兼務	専従	＊兼務	専従	＊兼務
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常勤（人）								
	非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）									

		栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員等		栄養士を配置しない場合の措置
		専従	＊兼務	専従	＊兼務	専従	＊兼務	
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常勤（人）							
	非常勤（人）							
常勤換算後の人数（人）								

入所者数（推定数を記入）	人	短期入所利用者数（併設型の場合）	人（推定数を記入）

○設備に関する基準の確認に必要な事項

		地域密着型介護老人福祉施設	短期入所生活介護
居室	1室の最大定員	人	人
	入所者1人あたりの最小床面積	㎡	㎡
食堂と機能訓練室の合計面積		㎡	㎡
廊下	片廊下の幅	m	m
	中廊下の幅	m	m
建物の構造		□耐火建築物　□準耐火建築物　□その他	
入所定員		人	

サービス提供単位２

介護形式（いずれか一方を選択）　□従来型　□ユニット型

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数		医師		生活相談員		介護職員		看護職員	
		専従	＊兼務	専従	＊兼務	専従	＊兼務	専従	＊兼務
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常勤（人）								
	非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）									

		栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員等		栄養士を配置しない場合の措置
		専従	＊兼務	専従	＊兼務	専従	＊兼務	
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常勤（人）							
	非常勤（人）							
常勤換算後の人数（人）								

入所者数（推定数を記入）	人	短期入所利用者数（併設型の場合）	人（推定数を記入）

○設備に関する基準の確認に必要な事項

		地域密着型介護老人福祉施設	短期入所生活介護
居室	1室の最大定員	人	人
	入所者1人あたりの最小床面積	㎡	㎡
食堂と機能訓練室の合計面積		㎡	㎡
廊下	片廊下の幅	m	m
	中廊下の幅	m	m
建物の構造		□耐火建築物　□準耐火建築物　□その他	
入所定員		人	

添付書類	別添のとおり

備考　1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
2　「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態（空床型・併設型の別）」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方にチェックをしてください。
3　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
4　従業者の職種・員数の「＊兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う従業者について記載してください。
5　介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。
6　短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の「設備に関する基準の確認に必要な事項」欄については、記載不要です。

（参考）地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

付表第二号（十）　複合型サービス事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			
訪問看護事業所の指定の有無		□有　□無	種別	□病院　□診療所　□訪問看護ステーション	
		名称		事業所番号	
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	他の事業所、施設等の職務との兼務の有無（兼務の場合のみ記入）	兼務先の名称、所在地			
		事業所番号			
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等			
協力医療機関	名称		主な診療科名		
	名称		主な診療科名		

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	介護従事者		うち看護職員		介護支援専門員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）						
非常勤（人）						
常勤換算後の人数（人）						

通いサービスの利用者数（推定数を記入）	人		

○設備に関する基準の確認に必要な事項

居間及び食堂の合計面積	㎡		
個室の宿泊室	室	うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室（病院又は診療所である場合）	室
個室以外の宿泊室の合計面積	㎡	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	人
登録定員	人		
通いサービスの利用定員	人	宿泊サービスの利用定員	人
利用者の推定数	人		
建物の構造	□耐火建築物　□準耐火建築物　□その他		
添付書類	別添のとおり		

（複合型サービス事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項）

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			

○設備に関する基準の確認に必要な事項

居間及び食堂の合計面積	㎡		
個室の宿泊室	室	うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室（病院又は診療所である場合）	室
個室以外の宿泊室の合計面積	㎡	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	人
登録定員	人		
通いサービスの利用定員	人	宿泊サービスの利用定員	人
建物の構造	□耐火建築物　□準耐火建築物　□その他		

備考　1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
2　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
3　「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
4　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。

（参考）　複合型サービス事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

（複合型サービス事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項）

■複数事業所

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県　　市　区 町　村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
	居間及び食堂の合計面積	㎡			
	個室の宿泊室	室	うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室（病院又は診療所である場合）		室
	個室以外の宿泊室の合計面積	㎡	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数		人
登録定員		人			
通いサービスの利用定員		人	宿泊サービスの利用定員		人
建物の構造		□ 耐火建築物	□ 準耐火建築物	□ その他	

付表第二号（十一）　指定居宅介護支援事業所の指定等に係る記載事項

<table>
<tr><td rowspan="4">事業所</td><td>法人番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="5">（郵便番号　　－　　）
都　道
府　県　　市　区
町　村</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先</td><td>電話番号</td><td colspan="2">（内線）</td><td>FAX 番号</td><td></td></tr>
<tr><td>Email</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">管理者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="3">住所</td><td colspan="2" rowspan="3">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">当該事業所で兼務する他の職種
（兼務の場合のみ記入）</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">他の事業所、施設等の職務との兼務
（兼務の場合のみ記入）</td><td>兼務先の名称、所在地</td><td colspan="3"></td><td>事業所番号</td><td></td></tr>
<tr><td>兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="8">○人員に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">従業者の職種・員数（人）</td><td colspan="3">介護支援専門員</td><td colspan="2" rowspan="4"></td></tr>
<tr><td>専　従</td><td>兼　務</td></tr>
<tr><td>常　勤（人）</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>非常勤（人）</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">事業開始時の利用者の推定数</td><td colspan="3">人</td></tr>
<tr><td colspan="2">添付書類</td><td colspan="3">別添のとおり</td></tr>
</table>

備考　１　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
　　２　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

付表第二号（十二）　指定介護予防支援事業所の指定等に係る記載事項

<table>
<tr><td rowspan="5">事業所</td><td>法人番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="5">（郵便番号　　－　　）
都　道
府　県　　市　区
町　村</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先</td><td>電話番号</td><td colspan="2">（内線）</td><td>FAX 番号</td><td></td></tr>
<tr><td>Email</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">管理者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="3">住所</td><td colspan="2" rowspan="3">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">当該事業所で兼務する他の職種
（兼務の場合のみ記入）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">他の事業所、施設等の職務との兼務
（兼務の場合のみ記入）</td><td>兼務先の名称、所在地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="7">○人員に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">従業者の職種・員数（人）</td><td colspan="2">担当職員</td><td colspan="3" rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>専従</td><td>兼務</td></tr>
<tr><td>常　勤（人）</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>非常勤（人）</td><td></td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">事業開始時の利用者の推定数</td><td colspan="5">人</td></tr>
<tr><td colspan="2">添付書類</td><td colspan="5">別添のとおり</td></tr>
</table>

備考　１　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
　　２　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
　　３　担当職員については、指定居宅介護支援事業者である場合は介護支援専門員について記載してください。

付表第三号（一）訪問型サービス事業所の指定等に係る記載事項

サービス種類（該当に○）		介護予防訪問介護相当サービス		緩和した基準による訪問型サービス		定率	
						定額	
事業所	法人番号						
	フリガナ						
	名　称						
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県 市　区 町　村					
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号			
		Email					
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）			
	氏　名						
	生年月日						
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）						
	他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合のみ記入）	兼務先の名称、所在地					
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等					
○人員に関する基準の確認に必要な事項							
従業者の職種・員数		訪問介護員等					
		専　従	兼　務				
	常　勤（人）						
	非常勤（人）						
	常勤換算後の人数（人）						
利用者の推定数（人）							
サービス提供責任者 ※介護予防訪問介護相当サービス該当時	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）			
	氏　名						
	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）			
	氏　名						
添付書類		別添のとおり					

（訪問型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県 市　区 町　村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			

備考　１　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
２　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
３　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。
４　「介護予防訪問介護相当サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の６第１号で定める基準に基づき行われるサービスを、「緩和した基準による訪問型サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の６第２号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。

（参考）訪問型サービス事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供責任者

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

（訪問型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

■複数事業所

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県		市　区 町　村	
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			

付表第三号（二）通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項

サービス種類（該当に○）	介護予防通所介護相当サービス		緩和した基準による通所型サービス		定率	
					定額	

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合のみ記入）	兼務先の名称、所在地			
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等			

○設備に関する基準の確認に必要な事項

食堂及び機能訓練室の合計面積	㎡	利用定員（同時利用）	人

サービス提供単位1

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）								
非常勤（人）								

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								

営業時間			
曜日ごとに異なる場合記入	平日	： ～ ：	
	土曜日	： ～ ：	
	日曜日・祝日	： ～ ：	
サービス提供時間		： ～ ：	
利用定員		人	

サービス提供単位2

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）								
非常勤（人）								

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								

営業時間			
曜日ごとに異なる場合記入	平日	： ～ ：	
	土曜日	： ～ ：	
	日曜日・祝日	： ～ ：	
サービス提供時間		： ～ ：	
利用定員		人	

サービス提供単位3

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）								
非常勤（人）								

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								

営業時間			
曜日ごとに異なる場合記入	平日	： ～ ：	
	土曜日	： ～ ：	
	日曜日・祝日	： ～ ：	
サービス提供時間		： ～ ：	
利用定員		人	

添付書類	別添のとおり

（通所型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県　　市　区 町　村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡	利用定員（同時利用）	人	

サービス提供単位1

○設備に関する基準の確認に必要な事項								
営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								
営業時間	：　～　：							
曜日ごとに異なる場合記入　平日	：　～　：							
土曜日	：　～　：							
日曜日・祝日	：　～　：							
サービス提供時間	：　～　：							
利用定員	人							

サービス提供単位2

○設備に関する基準の確認に必要な事項								
営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								
営業時間	：　～　：							
曜日ごとに異なる場合記入　平日	：　～　：							
土曜日	：　～　：							
日曜日・祝日	：　～　：							
サービス提供時間	：　～　：							
利用定員	人							

サービス提供単位3

○設備に関する基準の確認に必要な事項								
営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								
営業時間	：　～　：							
曜日ごとに異なる場合記入　平日	：　～　：							
土曜日	：　～　：							
日曜日・祝日	：　～　：							
サービス提供時間	：　～　：							
利用定員	人							

添付書類	平面図

備考　１　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
２　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
３　機能訓練指導員については、生活相談員、看護職員又は介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
４　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。
５　サービス提供時間は、送迎時間を除きます。
６　「介護予防通所介護相当サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の６第１号で定める基準に基づき行われるサービスを、「緩和した基準による通所型サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の６第２号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。

（参考）通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

サービス提供単位4	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常　勤（人）									
	非常勤（人）									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			その他（年末年始休日等）							
	営業時間		：～：							
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	：～：							
		土曜日	：～：							
		日曜日・祝日	：～：							
	サービス提供時間		：～：							
	利用定員		人							
サービス提供単位5	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常　勤（人）									
	非常勤（人）									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			その他（年末年始休日等）							
	営業時間		：～：							
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	：～：							
		土曜日	：～：							
		日曜日・祝日	：～：							
	サービス提供時間		：～：							
	利用定員		人							

（通所型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道　府　県　　市　区　町　村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡	利用定員（同時利用）		人

サービス提供単位4	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			その他（年末年始休日等）							
	営業時間		：～：							
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	：～：							
		土曜日	：～：							
		日曜日・祝日	：～：							
	サービス提供時間		：～：							
	利用定員		人							
サービス提供単位5	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			その他（年末年始休日等）							
	営業時間		：～：							
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	：～：							
		土曜日	：～：							
		日曜日・祝日	：～：							
	サービス提供時間		：～：							
	利用定員		人							

付表第一号（三）　訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県		市　区 町　村	
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			
事業所種別		□ 病院	□ 診療所	□ 訪問看護ステーション	
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合のみ記入）	兼務先の名称、所在地			
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等			
利用者の推定数		人			

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	看護師		保健師		准看護師		理学・作業療法士、言語聴覚士	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）								
非常勤（人）								
※常勤換算後の人数（人）								

添付書類	別添のとおり

（訪問看護・介護予防訪問看護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県		市　区 町　村	
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			

備考　１　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
２　※欄は、訪問看護ステーションの場合のみ記入してください。
３　病院又は診療所が行うものについては、法第 71条第１項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
４　管理者の兼務の状況については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
５　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。

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

付表第一号㈢、㈤及び㈦を次のように改める。

（参考）訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

（訪問看護・介護予防訪問看護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

■複数事業所

<table>
<tr><td rowspan="4">事業所</td><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4">（郵便番号　　－　　）
都　道　　市　区
府　県　　町　村</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先</td><td>電話番号</td><td>（内線）</td><td>FAX番号</td><td></td></tr>
<tr><td>Email</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

付表第一号（十六）　介護老人保健施設の許可等に係る記載事項

施設	法人番号				
	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX 番号	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合のみ記入）	兼務先の名称、所在地			
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等			
短期入所療養介護の実施の有無	□有　□無	通所リハビリテーションの実施の有無	□有　□無	訪問リハビリテーションの実施の有無	□有　□無
施設を共用する事業所等の名称（共用する場合記入）		フリガナ			
		名称			
協力医療機関	名称		主な診療科名		
	名称		主な診療科名		
	名称		主な診療科名		
	名称		主な診療科名		

サービス提供単位1

介護形式（いずれか一方を選択）			□従来型　□ユニット型						
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
従業者の職種・員数			医師		薬剤師		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
介護老人保健施設従事人数	常勤（人）									
	非常勤（人）									
常勤換算後の人数（人）										
			理学・作業療法士、言語聴覚士		栄養士・管理栄養士		支援相談員		介護支援専門員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
介護老人保健施設従事人数	常勤（人）									
	非常勤（人）									
常勤換算後の人数（人）										
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
療養室	1室の最大定員		人							
	入所者1人あたり最小床面積		㎡							
廊下	片廊下の幅		m							
	中廊下の幅		m							
機能訓練室面積			㎡							
食堂面積			㎡							
入所者の予定数			人							
一日当たりの通所総利用者予定数			人							
建物の構造			□耐火建築物　□準耐火建築物　□その他							
入所定員			人							

サービス提供単位2

介護形式（いずれか一方を選択）			□従来型　□ユニット型						
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
従業者の職種・員数			医師		薬剤師		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
介護老人保健施設従事人数	常勤（人）									
	非常勤（人）									
常勤換算後の人数（人）										
			理学・作業療法士、言語聴覚士		栄養士・管理栄養士		支援相談員		介護支援専門員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
介護老人保健施設従事人数	常勤（人）									
	非常勤（人）									
常勤換算後の人数（人）										
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
療養室	1室の最大定員		人							
	入所者1人あたり最小床面積		㎡							
廊下	片廊下の幅		m							
	中廊下の幅		m							
機能訓練室面積			㎡							
食堂面積			㎡							
入所者の予定数			人							
一日当たりの通所総利用者予定数			人							
建物の構造			□耐火建築物　□準耐火建築物　□その他							
入所定員			人							

○通所リハビリテーション（該当する場合のみ）

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	医師	
	専従	兼務
常　勤（人）		
非常勤（人）		

○設備に関する基準の確認に必要な事項

専用の部屋の面積	㎡	利用定員（同時利用）	人

サービス提供単位１

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）										
非常勤（人）										

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								

営業時間				
曜日ごとに異なる場合記入	平日	：	～	：
	土曜日	：	～	：
	日曜日・祝日	：	～	：
サービス提供時間		：	～	：
利用定員		人		

サービス提供単位２

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）										
非常勤（人）										

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								

営業時間				
曜日ごとに異なる場合記入	平日	：	～	：
	土曜日	：	～	：
	日曜日・祝日	：	～	：
サービス提供時間		：	～	：
利用定員		人		

添付書類	別添のとおり

○訪問リハビリテーション（該当する場合のみ）

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	医師		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）								
非常勤（人）								

添付書類	別添のとおり

備考　１　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
　　２　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
　　３　サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

（参考）介護老人保健施設の許可等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

■通所リハビリテーションサービス提供単位3以降

サービス提供単位3	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常　勤（人）											
	非常勤（人）											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他（年末年始休日等）									
	営業時間		：		～		：					
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	：		～		：					
		土曜日	：		～		：					
		日曜日・祝日	：		～		：					
	サービス提供時間		：		～		：					
	利用定員		人									
サービス提供単位4	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常　勤（人）											
	非常勤（人）											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他（年末年始休日等）									
	営業時間		：		～		：					
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	：		～		：					
		土曜日	：		～		：					
		日曜日・祝日	：		～		：					
	サービス提供時間		：		～		：					
	利用定員		人									

付表第一号（十七）　介護医療院の許可等に係る記載事項

施設	法人番号								
	フリガナ								
	名　称								
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村							
	連絡先	電話番号	（内線）		FAX 番号				
		Email							
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）					
	氏　名								
	生年月日								
	当該施設で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）								
	他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合のみ記入）	兼務先の名称、所在地							
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等							
短期入所療養介護の実施の有無		□有　□無	通所リハビリテーションの実施の有無		□有　□無	訪問リハビリテーションの実施の有無		□有　□無	
施設を共用する事業所等の名称（共用する場合記入）			フリガナ						
			名称						
協力医療機関	名称		主な診療科名						
	名称		主な診療科名						
	名称		主な診療科名						
	名称		主な診療科名						
療養棟名									
施設類型（いずれか一方を選択）		□　Ⅰ型介護医療院　　□　Ⅱ型介護医療院							

サービス提供単位１

介護形式（いずれか一方を選択）		□　従来型　　□　ユニット型							
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
従業者の職種・員数		医　師		薬剤師		看護職員		介護職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
介護医療院従事人数	常　勤（人）								
	非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）									
		理学・作業療法士、言語聴覚士		栄養士・管理栄養士		放射線技師		介護支援専門員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
介護医療院従事人数	常　勤（人）								
	非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）									
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
療養室	1室の最大定員		人						
	入所者1人あたり最小床面積		㎡						
廊下	片廊下の幅		m						
	中廊下の幅		m						
機能訓練室面積			㎡						
食堂（共同生活室）面積			㎡						
入所者の予定数			人						
一日当たりの通所総利用者予定数			人						
建物の構造		□耐火建築物　□準耐火建築物　□その他							
入所定員			人						

サービス提供単位２

介護形式（いずれか一方を選択）		□　従来型　　□　ユニット型							
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
従業者の職種・員数		医　師		薬剤師		看護職員		介護職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
介護医療院従事人数	常　勤（人）								
	非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）									
		理学・作業療法士、言語聴覚士		栄養士・管理栄養士		放射線技師		介護支援専門員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
介護医療院従事人数	常　勤（人）								
	非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）									
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
療養室	1室の最大定員		人						
	入所者1人あたり最小床面積		㎡						
廊下	片廊下の幅		m						
	中廊下の幅		m						
機能訓練室面積			㎡						
食堂（共同生活室）面積			㎡						
入所者の予定数			人						
一日当たりの通所総利用者予定数			人						
建物の構造		□耐火建築物　□準耐火建築物　□その他							
入所定員			人						

○通所リハビリテーション（該当する場合のみ）

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	医師	
	専従	兼務
常　勤（人）		
非常勤（人）		

○設備に関する基準の確認に必要な事項

専用の部屋の面積	㎡	利用定員（同時利用）	人

サービス提供単位１

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）										
非常勤（人）										

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								

営業時間				
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:	～	:
	土曜日	:	～	:
	日曜日・祝日	:	～	:
サービス提供時間		:	～	:
利用定員		人		

サービス提供単位２

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）										
非常勤（人）										

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								

営業時間				
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:	～	:
	土曜日	:	～	:
	日曜日・祝日	:	～	:
サービス提供時間		:	～	:
利用定員		人		

添付書類	別添のとおり

○訪問リハビリテーション（該当する場合のみ）

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	医師		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）								
非常勤（人）								

添付書類	別添のとおり

備考　１　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
　　２　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
　　３　サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

（参考）介護医療院の許可等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

■複数療養棟

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

■通所リハビリテーションサービス提供単位3以降

<table>
<tr><td rowspan="14">サービス提供単位3</td><td colspan="12">○人員に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td rowspan="2">従業者の職種・員数</td><td colspan="2">理学療法士</td><td colspan="2">作業療法士</td><td colspan="2">言語聴覚士</td><td colspan="2">看護職員</td><td colspan="2">介護職員</td></tr>
<tr><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td></tr>
<tr><td colspan="2">常　勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">非常勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">常勤換算後の人数（人）</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="12">○設備に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">営業日（該当に○）</td><td>日曜日</td><td>月曜日</td><td>火曜日</td><td>水曜日</td><td>木曜日</td><td>金曜日</td><td>土曜日</td><td>祝日</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">その他（年末年始休日等）</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td colspan="2">営業時間</td><td colspan="3">：</td><td>～</td><td colspan="3">：</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">曜日ごとに異なる場合記入</td><td>平日</td><td colspan="3">：</td><td>～</td><td colspan="3">：</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>土曜日</td><td colspan="3">：</td><td>～</td><td colspan="3">：</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>日曜日・祝日</td><td colspan="3">：</td><td>～</td><td colspan="3">：</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">サービス提供時間</td><td colspan="3">：</td><td>～</td><td colspan="3">：</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">利用定員</td><td colspan="4">人</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="14">サービス提供単位4</td><td colspan="12">○人員に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td rowspan="2">従業者の職種・員数</td><td colspan="2">理学療法士</td><td colspan="2">作業療法士</td><td colspan="2">言語聴覚士</td><td colspan="2">看護職員</td><td colspan="2">介護職員</td></tr>
<tr><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td></tr>
<tr><td colspan="2">常　勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">非常勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">常勤換算後の人数（人）</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="12">○設備に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">営業日（該当に○）</td><td>日曜日</td><td>月曜日</td><td>火曜日</td><td>水曜日</td><td>木曜日</td><td>金曜日</td><td>土曜日</td><td>祝日</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">その他（年末年始休日等）</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td colspan="2">営業時間</td><td colspan="3">：</td><td>～</td><td colspan="3">：</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">曜日ごとに異なる場合記入</td><td>平日</td><td colspan="3">：</td><td>～</td><td colspan="3">：</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>土曜日</td><td colspan="3">：</td><td>～</td><td colspan="3">：</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>日曜日・祝日</td><td colspan="3">：</td><td>～</td><td colspan="3">：</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">サービス提供時間</td><td colspan="3">：</td><td>～</td><td colspan="3">：</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">利用定員</td><td colspan="4">人</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

附　則

（施行期日）

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

一　第六十条の規定　公布の日

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

三　第三十条、第三十三条、第三十五条及び第三十六条の規定　令和六年八月一日

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

（業務継続計画未策定減算に係る経過措置）

第二条　令和七年三月三十一日までの間は、第一条の規定による改正後の指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表指定居宅サービス介護給付費単位数表（以下「指定居宅サービス介護給付費単位数表」という。）の訪問介護費のイの注３、通所介護費のイからハまでの注３、短期入所生活介護費のイ及びロの注５、短期入所療養介護費のイ(1)から(3)までの注６、ロ(1)から(5)までの注６、ハ(1)から(3)までの注６及びホ(1)から(7)までの注６、特定施設入居者生活介護費のイからハまでの注６並びに福祉用具貸与費の注２、第四条の規定による改正後の指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準別表指定居宅介護支援介護給付費単位数表の居宅介護支援費のイの注４、第五条の規定による改正後の指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表指定施設サービス等介護給付費単位数表（以下「指定施設サービス等介護給付費単位数表」という。）の介護福祉施設サービスのイ及びロの注７、介護保健施設サービスのイ及びロの注６並びに介護医療院サービスのイからヘまでの注６、第八条の規定による改正後の指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表指定地域密着型サービス介護給付費単位数表（以下「指定地域密着型サービス介護給付費単位数表」という。）の定期巡回・随時対応型訪問介護看護費のイからハまでの注６、夜間対応型訪問介護費のイ及びロの注３、地域密着型通所介護費のイからハまでの注５、認知症対応型通所介護費のイ及びロの注３、小規模多機能型居宅介護費のイ及びロの注４、地域密着型特定施設入居者生活介護費のイ及びロの注５、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費のイからニまでの注７並びに複合型サービス費のイ及びロの注６、第十条の規定による改正後の指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表指定介護予防サービス介護給付費単位数表（以下「指定介護予防サービス介護給付費単位数表」という。）の介護予防訪問入浴介護費のイの注３、介護予防短期入所生活介護費のイ及びロの注５、介護予防短期入所療養介護費のイ(1)及び(2)の注５、ロ(1)から(4)までの注５、ハ(1)及び(2)の注５並びにホ(1)から(6)までの注５、介護予防特定施設入居者生活介護費のイ及びロの注４並びに介護予防福祉用具貸与費の注２、第十三条の規定による改正後の指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表指定地域密着型介護予防サービス介護給付費単位数表（以下「指定地域密着型介護予防サービス介護給付費単位数表」という。）の介護予防認知症対応型通所介護費のイ及びロの注３、介護予防小規模多機能型居宅介護費のイ及びロの注６並びに介護予防認知症対応型共同生活介護費のイ及びロの注４、第十五条の規定による改正後の指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準別表指定介護予防支援介護給付費単位数表の介護予防支援費のイの注４並びに第五十七条の規定による改正後の介護保険法施行規則第百四十条の六十三の二第一項第一号に規定する厚生労働大臣が定める基準別表単位数表の訪問型サービス費のイ及びロの注７、通所型サービス費のイ及びロの注５並びに介護予防ケアマネジメント費のイの注３の規定は、適用しない。ただし、通所介護費、短期入所生活介護費、短期入所療養介護費、特定施設入居者生活介護費、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護医療院サービス、地域密着型通所介護費、認知症対応型通所介護費、小規模多機能型居宅介護費、認知症対応型共同生活介護費、地域密着型特定施設入居者生活介護費、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費、複合型サービス費、介護予防短期入所生活介護費、介護予防短期入所療養介護費、介護予防特定施設入居者生活介護費、介護予防認知症対応型通所介護費、介護予防小規模多機能型居宅介護費、介護予防認知症対応型共同生活介護費又は通所型サービス費を算定している事業所又は施設が感染症の予防及びまん延の防止のための指針及び非常災害に関する具体的計画を策定していない場合は、この限りでない。

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

（介護職員等処遇改善加算に係る経過措置）

第三条　令和七年三月三十一日までの間は、第五十四条の規定による改正後の厚生労働大臣が定める基準第四号イの(1)の㈠（同告示第六号、第二十四号、第三十四号、第四十四号、第八十八号、第九十四号、第百号の七、第百二号、第百十四号、第百二十一号及び第百三十号において準用する場合を含む。）、第三十九号イの(1)の㈠（同告示第四十一号、第百十七号及び第百十九号において準用する場合を含む。）及び第四十八号イの(1)の㈠（同告示第五十一号、第五十一号の十、第五十三号、第五十八号、第六十号、第六十二号、第七十三号、第八十一号、第百二十三号、第百二十七号、第百二十九号及び第百三十六号において準用する場合を含む。）の規定は適用せず、同告示第四号イの(1)の㈡（同告示第六号、第二十四号、第三十四号、第四十四号、第八十八号、第九十四号、第百号の七、第百二号、第百十四号、第百二十一号及び第百三十号において準用する場合を含む。）、第三十九号イの(1)の㈡（同告示第四十一号、第百十七号及び第百十九号において準用する場合を含む。）及び第四十八号イの(1)の㈡（同告示第五十一号、第五十一号の十、第五十三号、第五十八号、第六十号、第六十二号、第八十一号、第百二十三号、第百二十七号、第百二十九号及び第百三十六号において準用する場合を含む。）の適用については、これらの規定中「賃金改善後の賃金の見込額が年額四百四十万円以上であること」とあるのは、「賃金改善に要する費用の見込額が月額八万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額四百四十万円以上であること」とする。

２　令和六年五月三十一日において現に介護職員処遇改善加算（第二条の規定による改正前の指定居宅サービス介護給付費単位数表（以下「旧指定居宅サービス介護給付費単位数表」という。）の訪問介護費のチ、訪問入浴介護費のホ、通所リハビリテーション費のヘ、短期入所生活介護費のリ、短期入所療養介護費のイの(11)、ロの(12)、ハの(10)若しくはホの(16)若しくは特定施設入居者生活介護費のヲ、第六条の規定による改正前の指定施設サービス等介護給付費単位数表（以下「旧指定施設サービス等介護給付費単位数表」という。）の介護福祉施設サービスのケ若しくは介護医療院サービスのフ、第九条の規定による改正前の指定地域密着型サービス介護給付費単位数表（以下「旧指定地域密着型サービス介護給付費単位数表」という。）の定期巡回・随時対応型訪問介護看護費のル、夜間対応型訪問介護費のホ、地域密着型通所介護費のホ、認知症対応型通所介護費のニ、小規模多機能型居宅介護費のタ、認知症対応型共同生活介護費のツ、地域密着型特定施設入居者生活介護費のヲ、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費のコ若しくは複合型サービス費のヰ、第十一条の規定による改正前の指定介護予防サービス介護給付費単位数表（以下「旧指定介護予防サービス介護給付費単位数表」という。）の介護予防訪問入浴介護費のホ、介護予防通所リハビリテーション費のル、介護予防短期入所生活介護費のチ、介護予防短期入所療養介護費のイの(10)、ロの(11)、ハの(9)若しくはホの(14)若しくは介護予防特定施設入居者生活介護費のリ、第十四条の規定による改正前の指定地域密着型介護予防サービス介護給付費単位数表（以下「旧指定地域密着型介護予防サービス介護給付費単位数表」という。）の介護予防認知症対応型通所介護費のニ、介護予防小規模多機能型居宅介護費のヲ若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護費のレ又は第五十九条の規定による改正前の介護保険法施行規則第百四十条の六十三の二第一項第一号に規定する厚生労働大臣が定める基準別表単位数表の訪問型サービス費のヘ若しくは通所型サービス費のワの介護職員処遇改善加算をいう。）を算定しており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算（旧指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問介護費のヌ、訪問入浴介護費のチ、通所介護費のト、通所リハビリテーション費のチ、短期入所生活介護費のル、短期入所療養介護費のイの(13)、ロの(14)、ハの(12)若しくはホの(18)若しくは特定施設入居者生活介護費のカ、旧指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護福祉施設サービスのフ、介護保健施設サービスのコ若しくは介護医療院サービスのエ、旧指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の定期巡回・随時対応型訪問介護看護費のト、地域密着型通所介護費のト、認知症対応型通所介護費のヘ、小規模多機能型居宅介護費のソ、認知症対応型共同生活介護費のナ、地域密着型特定施設入居者生活介護費のカ、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費のテ若しくは複合型サービス費のオ、旧指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問入浴介護費のト、介護予防通所リハビリテーション費のワ、介護予防短期入所生活介護費のヌ、介護予防短期入所療養介護費のイの(12)、ロの(13)、ハの(11)若しくはホの(16)若しくは介護予防特定施設入居者生活介護費のル、旧指定地域密着型介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防認知症対応型通所介護費のヘ、介護予防小規模多機能型居宅介護費のカ若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護費のツ又は第五十九条の規定による改正前の介護保険法施行規則第百四十条の六十三の二第一項第一号に規定する厚生労働大臣が定める基準別表単位数表の訪問型サービス費のチ若しくは通所型サービス費のヨの介護職員等ベースアップ等支援加算をいう。以下この項において同じ。）を算定していない事業所又は施設が、令和八年三月三十一日までの間において、介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅳ)までのいずれかを算定する場合には、当該事業所又は施設が仮に介護職員等ベースアップ等支援加算を算定した場合に算定することが見込まれる額の三分の二以上を介護職員その他の職員の基本給又は決まって支払われる手当に充てる賃金（退職手当を除く。）の改善を実施しなければならない。

（身体拘束廃止未実施減算に係る経過措置）

第四条　令和七年三月三十一日までの間は、第一条の規定による改正後の指定居宅サービス介護給付費単位数表の短期入所生活介護費のイ及びロの注３、短期入所療養介護費のイ(1)から(3)までの注４、ロ(1)から(5)までの注４、ハ(1)から(3)までの注４及びホ(1)から(7)までの注４並びに特定施設入居者生活介護費のイからハまでの注４（ロ及びハに係る部分に限る。）、第八条の規定による改正後の指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の小規模多機能型居宅介護費のイ及びロの注４、認知症対応型共同生活介護費のイ及びロの注２（ロに係る部分に限る。）、地域密着型特定施設入居者生活介護費のイ及びロの注３（ロに係る部分に限る。）並びに複合型サービス費のイ及びロの注４、第十条の規定による改正後の指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防短期入所生活介護費のイ及びロの注３、介護予防短期入所療養介護費のイ(1)及び(2)の注３、ロ(1)から(4)までの注３、ハ(1)及び(2)の注３並びにホ(1)から(6)までの注３並びに介護予防特定施設入居者生活介護費のイ及びロの注２（ロに係る部分に限る。）並びに第十三条の規定による改正後の指定地域密着型介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防小規模多機能型居宅介護費のイ及びロの注４並びに介護予防認知症対応型共同生活介護費のイ及びロの注２（ロに係る部分に限る。）の規定は、適用しない。

（高齢者虐待防止措置未実施減算に係る経過措置）

第五条　令和九年三月三十一日までの間は、第一条の規定による改正後の指定居宅サービス介護給付費単位数表の介護予防福祉用具貸与費の注１の規定は、適用しない。

（居宅介護支援費における特定事業所医療介護連携加算の基準に係る経過措置）

第六条　第五十三条の規定による改正後の厚生労働大臣が定める基準第八十四号の二の規定の適用については、令和七年三月三十一日までの間は、なお従前の例によるものとし、同年四月一日から令和八年三月三十一日までの間は、同号ロ中「前々年度の三月から前年度の二月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を十五回以上算定している」とあるのは、「令和六年三月におけるターミナルケアマネジメント加算の算定回数に三を乗じた数に令和六年四月から令和七年二月までの間におけるターミナルケアマネジメント加算の算定回数を加えた数が十五以上である」とする。

（指定短期入所療養介護等の施設基準に係る経過措置）

第七条　令和六年九月三十日までの間は、第五十五条の規定による改正後の厚生労働大臣が定める施設基準第十四号イ及びロ（同告示第七十六号において準用する場合を含む。）並びに第五十五号の規定の適用については、なお従前の例による。

（介護老人保健施設である指定短期入所療養介護等における在宅復帰・在宅療養支援機能加算の基準に係る経過措置）

第八条　令和六年九月三十日までの間は、第五十三条の規定による改正後の厚生労働大臣が定める基準第三十九号の四（同告示第百十七号の四において準用する場合を含む。）及び第九十号の規定の適用については、なお従前の例による。

（指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び指定介護福祉施設サービスの施設基準に係る経過措置）

第九条　令和七年三月三十一日までの間は、第五十五条の規定による改正後の厚生労働大臣が定める施設基準第三十八号及び第四十七号の規定の適用については、なお従前の例による。

（協力医療機関連携加算に係る経過措置）

第十条　令和七年三月三十一日までの間は、第五条の規定による改正後の指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護福祉施設サービスのト、介護保健施設サービスのチ及び介護医療院サービスのル並びに第八条の規定による改正後の指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費のリの適用については、これらの規定中「50単位」とあるのは、「100単位」とする。

（室料相当額控除に係る経過措置）

第十一条　令和九年七月三十一日までの間は、第五十七条の規定による改正後の厚生労働大臣が定める施設基準第五十七号の二イ中「算定日が属する計画期間（法第百四十七条第二項第一号に規定する計画期間をいう。以下同じ。）の前の計画期間（算定日が計画期間の開始後四月以内の日である場合は、前の計画期間の前の計画期間）の最終年度」とあるのは、「令和六年度」とする。

（介護療養型医療施設の廃止に係る経過措置）

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

（様式に関する経過措置）

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

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