

居宅 付表1-1 訪問介護・第一号訪問事業の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称			
	所在地	( - )		
	連絡先	TEL番号 メールアドレス	FAX番号	
管理者	フリガナ		住所	( - )
	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)			
	同一敷地内の他の事業所又は施設の 従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称		
兼務する職種及び勤務時間等				
利用者数(前3月の平均値又は推定数)		人		
サービス提供責任者	フリガナ		住所	( - )
	氏 名			
	フリガナ		住所	( - )
	氏 名			
	フリガナ		住所	( - )
	氏 名			
フリガナ		住所	( - )	
氏 名				
従業者の職種・員数	訪問介護員等		備考	
	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			

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 出張所等がある場合、所在地等を居宅付表1-2に記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

居宅 付表1-2 訪問介護・第一号訪問事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項等

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(      -      )		
	連絡先	TEL番号		FAX番号

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。

下記の要件を満たすことを確認し、確認欄に○を付けてください。

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

居宅 付表2 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称			
	所在地	(            )		
	連絡先	TEL番号	FAX番号	
		メールアドレス		
管理者	フリガナ	(            )		
	氏 名	住所		
	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)			
者	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名 称		
		兼務する職種及び勤務時間等		
利用者数(前3月の平均値又は推定数)				人
従業者の職種・員数		看護職員	介護職員	備考
常 勤(人)				
非常勤(人)				
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
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。

居宅 付表3-1 訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	( - )						
連絡先	TEL番号				FAX番号			
	メールアドレス							
事業所種別(該当に○を記入)		病院		診療所		訪問看護ステーション		
管理者	フリガナ				住所	( - )		
	氏名							
	生年月日							
	職種(該当に○を記入)	看護師		保健師		登録番号		
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)							
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称						
		兼務する職種及び勤務時間等						
利用者数(前3月の平均値又は推定数)				人				
従業者の職種・員数	看護師		保健師		准看護師		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)								
※常勤換算後の人数(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別様に記載した書類を添付してください。
- 2 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、所在地等を居宅付表3-2に記載してください。また、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。

居宅 付表3-2 訪問看護・介護予防訪問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の記載事項等

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(      -      )		
	連絡先	TEL番号		FAX番号

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。

下記の要件を満たすことを確認し、確認欄に○を付けてください。

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

居宅 付表4-1 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(                    )			
	連絡先	TEL番号		FAX番号	
メールアドレス					
事業所種別(該当に○を記入)		病院	診療所	介護老人保健施設	介護医療院
管理者	フリガナ	住所	(                    )		
	氏名				
	生年月日				
利用者数(前3月の平均値又は推定数)			人		
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
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別様に記載した書類を添付してください。
- 2 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、所在地等を居宅付表4-2に記載してください。また、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。

居宅 付表4-2 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所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等

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(            )			
	連絡先	TEL番号		FAX番号	

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。

下記の要件を満たすことを確認し、確認欄に○を付けてください。

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

居宅 付表5 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(      —      )			
	連絡先	TEL番号		FAX番号	
メールアドレス					
事業所種別(該当に○を記入)		病院	診療所	薬局	
居宅療養管理指導の種類 (該当に○を記入)		医師又は歯科医師	薬剤師	歯科衛生士	管理栄養士
管理者	フリガナ			住所	(      —      )
	氏名				
	生年月日				
利用者数(前3月の平均値又は推定数)			人		
従業者の職種・員数	医師	歯科医師	薬剤師	歯科衛生士	管理栄養士
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別様に記載した書類を添付してください。

2 「歯科衛生士」には、歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師、准看護師を含みます。



居宅 付表6 通所介護・第一号通所事業の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称															
	所在地	(      —      )														
	連絡先	TEL番号					FAX番号									
		メールアドレス														
管 理 者	フリガナ					住所	(      —      )									
	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)															
同 一 敷 地 内 の 他 の 事 業 所 又 は 施 設 の 従 業 者 と の 兼 務 ( 兼 務 の 場 合 の み 記 入 )	名称															
	兼務する職種及び勤務時間等															
従業者の職種・員数	生活相談員					看護職員					介護職員			機能訓練指導員		
常 勤 ( 人 )																
非 常 勤 ( 人 )																
食堂及び機能訓練室の合計面積												㎡				
営業時間																
1 単 位 目	営業日(1単位目)	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考						
	送迎時間を除く1単位目のサービス提供時間															
	利用定員(1単位目)	人														
2 単 位 目	営業日(2単位目)	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考						
	送迎時間を除く2単位目のサービス提供時間															
	利用定員(2単位目)	人														
添付書類		別添のとおり														

備考 1 記入欄が不足する場合(3単位目以降がある等)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 従業者の員数については、総数を記載してください。

居宅 付表7 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業所の指定に係る  
記載事項

事業所	フリガナ 名 称											
	所在地	( - )										
	連絡先	TEL番号					FAX番号					
		メールアドレス										
管理者	フリガナ 氏 名					住所	( - )					
	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)											
	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			
事業所種別(該当に○を記入)		病院		診療所		介護老人保健施設		介護医療院				
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		看護職員		介護職員
常 勤(人)												
非常勤(人)												
専用の部屋等の面積		m <sup>2</sup>										
営業時間												
1 単 位 目	営業日(1単位目)	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考		
	送迎時間を除く1単位目 のサービス提供時間											
	利用定員(1単位目)	人										
2 単 位 目	営業日(2単位目)	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考		
	送迎時間を除く2単位目 のサービス提供時間											
	利用定員(2単位目)	人										
添付書類		別添のとおり										

- 備考 1 記入欄が不足する場合(3単位目以降がある等)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 従業者の員数については、総数を記載してください。

居宅 付表8-1 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定に係る記載事項(単独型)

事業所	フリガナ																
	名称																
	所在地	( - )															
	連絡先	TEL番号			FAX番号												
		メールアドレス															
登記事項全部証明書の目的における当該事業の実施に関する番号																	
管理者	フリガナ																
	氏名			住所	( - )												
	生年月日																
	当該短期入所生活介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)																
者	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称															
		兼務する職種及び勤務時間等															
利用者数(前年度の平均値又は推定数)			人														
従業者の職種・員数		医師		生活相談員		看護職員		介護職員									
		専	従	兼	務	専	従	兼	務	専	従	兼	務	専	従	兼	務
常勤(人)																	
非常勤(人)																	
常勤換算後の人数(人)																	
基準上の必要人数(人)																	
適合の可否																	
従業者の職種・員数		栄養士			機能訓練指導員			栄養士を配置していない場合の措置									
		専	従	兼	務	専	従	兼	務								
常勤(人)																	
非常勤(人)																	
基準上の必要人数(人)																	
適合の可否																	
設備基準上の数値記載項目等		居室				食堂と機能訓練室の合計面積				廊下							
		1室あたりの最大定員		利用者1人あたりの最小床面積						片廊下の幅		中廊下の幅					
		人		m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>				m		m					
基準上の必要数値		人以下		m <sup>2</sup> 以上		m <sup>2</sup> 以上				m以上		m以上					
適合の可否																	
耐火建築物、準耐火建築物の別																	
主な揭示事項	利用者数	人															
	利用料	法定代理受領分															
		法定代理受領分以外															
	その他の費用																
通常の送迎実施地域																	
協力医療機関	名称					主な診療科名											
	名称					主な診療科名											
	名称					主な診療科名											
添付書類		別添のとおり															

- 備考
- 「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。
  - 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。
  - 「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。
  - 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。

居宅 付表8-2 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定に係る  
記載事項  
(本体施設が特別養護老人ホームの場合の空床利用型・併設事業所型)

事業所	フリガナ 名称						
	所在地	( - )					
	連絡先	TEL番号			FAX番号		
		メールアドレス					
登記事項全部証明書の目的における当該事業の実施に関する番号							
管理者	フリガナ 氏名			住所	( - )		
	生年月日			当該事業所又は同一敷地内にある他の事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)			
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)		名称				
			兼務する職種及び勤務時間等				
空床型・併設型の別( 空床型 ・ 併設型 )			本体施設の名称				
本体施設入所者数(前年度の平均値又は推定数)			人	短期入所利用者数(前年度の平均値又は推定数)		人	
従業者の職種・員数		医師		生活相談員		看護職員	
		専	従	※	兼務	専	従
短期入所生活介護及び本体施設従業者員数		常勤(人)					
		非常勤(人)					
常勤換算後の人数(人)							
基準上の必要人数(人)							
適合の可否							
従業者の職種・員数		栄養士		機能訓練指導員		栄養士を配置していない場合の措置	
		専	従	※	兼務	専	従
短期入所生活介護及び本体施設従業者員数		常勤(人)					
		非常勤(人)					
基準上の必要人数(人)							
適合の可否							
設備基準上の数値記載項目等	居室			食堂と機能訓練室の合計面積		廊下	
	1室あたりの最大定員	利用者1人あたりの最小床面積				片廊下の幅	中廊下の幅
	人	m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>		m	m
基準上の必要数値		人以下	m <sup>2</sup> 以上		m <sup>2</sup> 以上		m以上
適合の可否							
主な揭示事項	本体施設入所定員		人	短期入所利用定員数		人	
	利用料	法定代理受領分					
		法定代理受領分以外					
	その他の費用						
通常の送迎実施地域							
協力医療機関	名称			主な診療科名			
	名称			主な診療科名			
	名称			主な診療科名			
添付書類		別添のとおり					

- 備考
- 「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。
  - 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。
  - 「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。
  - 本様式は、特別養護老人ホームの空床を利用して事業を行う場合又は施設に併設する事業所において事業を行う場合に係る申請に利用して下さい。また、「空床型・併設型の別」欄の空床型・併設型のいずれか一方又は両方に○を付してください。
  - 「※兼務」欄は、本体施設以外との兼務を行う職員について記載してください。
  - 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、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。

居宅 付表8-3 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定に係る記載事項  
(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)

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	( )										
	連絡先	TEL番号			FAX番号							
		メールアドレス										
登記事項全部証明書の目的における当該事業の実施に関する番号												
管理者	フリガナ			住所	( )							
	氏名											
	生年月日											
	当該事業所又は同一敷地内にある他の事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)											
者	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)		名称									
			兼務する職種及び勤務時間等									
本体施設の種別				本体施設の名称								
本体施設入所者数(前年度の平均値又は推定数)			人		短期入所利用者数(前年度の平均値又は推定数)			人				
従業者の職種・員数			医師		生活相談員		看護職員		介護職員			
			専 従 兼 務		専 従 兼 務		専 従 兼 務		専 従 兼 務			
本体施設の施設等従業者員数	常勤(人)											
	非常勤(人)											
短期入所生活介護従業者員数	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)			/		/							
基準上の必要人数(人)												
適合の可否												
従業者の職種・員数			栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置していない場合の措置			
			専 従 兼 務		専 従 兼 務		専 従 兼 務					
本体施設の施設等従業者員数	常勤(人)								/			
	非常勤(人)											
短期入所生活介護従業者員数	常勤(人)								/			
	非常勤(人)											
基準上の必要人数(人)												
適合の可否												
設備基準上の数値記載項目等	居室		食堂と機能訓練室の合計面積		廊下		建物の構造概要及び面積					
	1室あたりの最大定員		利用者1人あたりの最小床面積		片廊下の幅						中廊下の幅	
	人		㎡		㎡						m	
基準上の必要数値		人以下		㎡以上		㎡以上		m以上		m以上		
適合の可否												
主な揭示事項	本体施設入所・入院定員数		人		短期入所利用定員数		人					
	利用料	法定代理受領分										
		法定代理受領分以外										
	その他の費用											
通常の送迎実施地域												
協力医療機関	名称			主な診療科名								
	名称			主な診療科名								
	名称			主な診療科名								
添付書類		別添のとおり										

- 備考 1 「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。  
 4 本様式は、本体施設が特別養護老人ホーム以外の場合であって、本体施設と一体的に運営が行われる事業所であるときに使用してください。

居宅 付表9 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ																	
	名称																	
	所在地	( - )																
連絡先	TEL番号				FAX番号													
	メールアドレス																	
登記事項全部証明書の目的における当該事業の実施に関する番号																		
事業所種別	該当する事業所種別の番号に○を記入																	
	1	介護老人保健施設	4	診療所														
	2	療養病床を有する病院・診療所	5	介護医療院														
	3	老人性認知症疾患療養病棟を有する病院																
指定申請を行う病棟部分の入院患者または利用者の定員					人													
指定申請を行う病棟部分の入院患者の数(2~4)					人													
管理者	フリガナ						住所	( - )										
	氏名																	
	生年月日																	
指定申請を行う病棟部分の従業者の職種・員数	担当医師	看護職員		介護職員		作業療法士等		精神保健福祉士等		一看護単位あたりの病床数								
		専	従	兼	務	専	従	兼	務		専	従	兼	務	専	従	兼	務
常勤(人)																		
非常勤(人)																		
常勤換算後の人数(人)																		
基準上の必要人数(人)																		
適合の可否																		
指定申請を行う病棟(病室)部分の設備基準上の数値記載項目					基準上の必要数値			適合の可否										
2又は3	病室	一病室の病床数			床	床以下												
		入院患者1人あたり床面積			m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上												
	老人性痴呆疾患療養病棟の用に供される床面積			m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上													
	廊下	片廊下の幅			m	m以上												
		中廊下の幅			m	m以上												
	生活機能回復訓練室面積			m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上													
デイルームと面会室の合計面積			m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上														
4	入院患者1人あたり床面積			m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上													
	廊下	片廊下の幅			m	m以上												
		中廊下の幅			m	m以上												
主な揭示事項	利用料		法定代理受領分															
			法定代理受領分以外															
	その他の費用																	
	通常の送迎実施地域																	
添付書類		別添のとおり																

- 備考 1 「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。  
 4 「指定申請に係る施設部分の入院患者又は入所者の定員」欄は、当該施設のうち、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。  
 5 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、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。

居宅 付表10 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護事業所の  
指定に係る記載事項

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	( - )						
	連絡先	TEL番号			FAX番号			
		メールアドレス						
登記事項全部証明書の目的における当該事業の実施に関する番号								
施設区分(該当部分に○)	有料老人ホーム				施設開設年月日	年 月 日		
	軽費老人ホーム							
	養護老人ホーム							
入居者の要件(該当部分に○)	介護専用型							
	介護専用型以外							
サービスの提供形態(該当部分に○)	一般型							
	外部サービス利用型							
管理者	フリガナ					住所	( - )	
	氏名							
	生年月日							
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)							
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)		名称					
		兼務する職種及び勤務時間等						
利用者数		人(前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)						
		要介護者	人		要支援者	人		
従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	計画作成担当者
	専	従	兼	務	専	従	兼	務
常勤(人)								
非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)								
基準上の必要人数(人)								
適合の可否								
主な揭示事項	入居定員	人						
	居室数							
	利用料	法定代理受領分						
		法定代理受領分以外						
その他の費用								
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			
建物構造概要	耐火建築物、準耐火建築物その他の別							
	介護居室の1室の最大定員	人		基準上の必要数値	適合の可否			
					人以下			
添付書類		別添のとおり						

- 備考 1 「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。  
 4 「協力医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載ください。  
 5 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、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。

居宅 付表11 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(      -      )			
	連絡先	TEL番号		FAX番号	
メールアドレス					
管理者	フリガナ		住所	(      -      )	
	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)				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称			
		兼務する職種及び勤務時間等			
	利用者数(前3月の平均値又は推定数)		人		
従業者の職種・員数	専門相談員		備考		
	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				

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。



居宅 付表12 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業所の指定に係る  
記載事項

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(      -      )			
	連絡先	TEL番号		FAX番号	
		メールアドレス			
管理者	フリガナ		住所	(      -      )	
	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)				
者	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称			
		兼務する職種及び勤務時間等			
利用者数(前3月の平均値又は推定数)		人			
従業者の職種・員数		専門相談員		備考	
		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				

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。

居宅 付表13 指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	( - )					
	連絡先	TEL番号			FAX番号		
		メールアドレス					
管理者	フリガナ			住所	( - )		
	氏名						
	生年月日						
	介護支援 専門員証	登録番号			主任介護支援 専門員研修	修了年月日	
		有効期間満了日				有効期間満了日	
	当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無				有 ・ 無		
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)			名称			
兼務する職種及び勤務時間等							
利用者数(推定)				人			
従業者の職種・員数		介護支援専門員				備考	
		専従		兼務			
常勤(人)							
非常勤(人)							
勤務する介護支援専門員	フリガナ			介護支援 専門員証	登録番号		
	氏名				有効期間満了日		
	フリガナ			介護支援 専門員証	登録番号		
	氏名				有効期間満了日		
	フリガナ			介護支援 専門員証	登録番号		
	氏名				有効期間満了日		
フリガナ			介護支援 専門員証	登録番号			
氏名				有効期間満了日			
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。