

付表第一号(一) 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 -)		市区町村	
	連絡先	電話番号 (内線)	FAX番号		
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
	氏名				
	生年月日				
	訪問介護員等との兼務の有無		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 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			
	共生型サービスの該当有無		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
○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	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 -)		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) 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

■ サービス提供責任者

サービス提供 責任者	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			

付表第一号(二) 訪問入浴・介護予防訪問入浴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 市区 府県 町村			
	連絡先	電話番号 (内線)	FAX番号		
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
	氏名				
	生年月日				
	当該訪問入浴介護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		
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	看護職員		介護職員		
	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤(人)				
	非常勤(人)				
利用者の推定数(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) 訪問入浴・介護予防訪問入浴介護事業所の指定等に係る記載事項不足時の資料

■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(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	市区	府県	町村		
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号				
	Email								
事業所種別		<input type="checkbox"/> 病院		<input type="checkbox"/> 診療所		<input type="checkbox"/> 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								
	当該訪問看護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	市区	府県	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 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である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。

(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

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

付表第一号(四) 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		<input type="checkbox"/> 病院		<input type="checkbox"/> 診療所		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設		<input type="checkbox"/> 介護医療院	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏名								
	生年月日								
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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		医師	
		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							

(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)

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 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である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。

(参考) 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等に係る記載事項記入欄不足時の資料

(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)

■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			

付表第一号（五） 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		市区		府県		町村	
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号				
		Email									
事業所種別		<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 薬局									
居宅療養管理指導の種類		<input type="checkbox"/> 医師又は歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士									
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)						
	氏名										
	生年月日										
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		医師		歯科医師		薬剤師		歯科衛生士		管理栄養士	
		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)									
添付書類		別添のとおり									

- 備考
- 1 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院又は診療所若しくは保険薬局が行うものについては、法第 71 条第 1 項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
 - 2 「従業者の職種・員数」欄の「歯科衛生士」には、保健師、看護師、准看護師を含みます。

付表第一号(六) 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	市 区	府 県	町 村		
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号			
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏 名								
	生年月日								
	当該通所介護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							
共生型サービスの該当有無				<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 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		m ²		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	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	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	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	市 区	府 県	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、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
 - 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) 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

○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							

○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							

■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		市区	
		府県		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		m ²		利用定員(同時利用)			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							
○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(七) 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		市 区		府 県		町 村			
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号						
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)								
	氏名												
	生年月日												
事業所の種別 (1つに○)			病院										
			診療所(下記のものを除く)										
			診療所(指定居宅等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第111条第1項の適用を受けるもの)										
			介護老人保健施設										
			介護医療院										
○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													
専用の部屋等の面積				m ²		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 事業所の種別について、事業所が診療所である場合は、指定居宅等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第111条第1項の適用を受けるものを除き、「診療所(下記のものを除く)」の欄に○をつけてください。
 - 3 従業者の員数については、総数を記載してください。
 - 4 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。
 - 5 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

付表第一号(八) 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(単独型)

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				
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)									
	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						
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)				<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> 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		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)									
			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)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	居室	1室あたりの最大定員				人				
	居室	利用者1人あたりの最小床面積				m ²				
	食堂と機能訓練室の合計面積				m ²					
廊下	片廊下の幅				m					
	中廊下の幅				m					
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他				
利用定員				人						
サービス提供単位2	介護形式(いずれか一方を選択)				<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> 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		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)									
			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)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	居室	1室あたりの最大定員				人				
	居室	利用者1人あたりの最小床面積				m ²				
	食堂と機能訓練室の合計面積				m ²					
廊下	片廊下の幅				m					
	中廊下の幅				m					
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他				
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。

(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(単独型)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(九) 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
(空床利用型・本体施設が特別養護老人ホームの場合の併設事業所型)

事業所	法人番号									
	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村								
	連絡先	電話番号 (内線)	FAX番号							
管理者	フリガナ			(郵便番号 -)						
	氏名			住所						
	生年月日									
	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								
共生型サービスの該当有無		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無							
空床型・併設型の別		<input type="checkbox"/> 空床型	<input type="checkbox"/> 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)				<input type="checkbox"/> 従来型	<input type="checkbox"/> ユニット型				
	短期入所利用者数(併設型の場合記入)				人 (推定数を記入)					
	○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		看護職員		介護職員	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
	短期入所生活介護及び 本体施設従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			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				
	短期入所生活介護及び 本体施設従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項(併設型の場合記入)									
	居室	1室あたりの最大定員			人					
居室	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						
	中廊下の幅			m						
特別養護老人ホームの入所定員				人		短期入所利用定員		人		
介護形式(いずれか一方を選択)				<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型				
短期入所利用者数(併設型の場合記入)				人 (推定数を記入)						
○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		看護職員		介護職員		
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
短期入所生活介護及び 本体施設従事人数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
		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					
短期入所生活介護及び 本体施設従事人数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
○設備に関する基準の確認に必要な事項(併設型の場合記入)										
居室	1室あたりの最大定員			人						
居室	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						
	中廊下の幅			m						
特別養護老人ホームの入所定員				人		短期入所利用定員		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 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チェックをしてください。
 - 3 特別養護老人ホームと同時に申請をする場合は、本様式への記載を要しません。
 - 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、本体施設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 空床利用型の場合は、「設備に関する基準の確認に必要な事項」及び「短期入所利用定員」欄の記入は不要です。

(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
(空床利用型・本体施設が特別養護老人ホーム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) 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
(空床利用型・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	法人番号					
	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -)		都 道	市 区	
				府 県	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					
	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				
共生型サービスの該当有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
本体施設の種別						
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)		<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型	
	短期入所利用者数				人 (推定数を記入)	
	○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	
			専従	兼務	専従	兼務
	本体施設の施設等従事人数	常勤(人)				
		非常勤(人)				
	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	
			専従	兼務	専従	兼務
	本体施設の施設等従事人数	常勤(人)			栄養士を配置していない場合の措置	
		非常勤(人)				
	短期入所生活介護従事人数	常勤(人)				
非常勤(人)						
○設備に関する基準の確認に必要な事項						
居室	1室あたりの最大定員				人	
	利用者1人あたりの最小床面積				m ²	
食堂と機能訓練室の合計面積				m ²		
廊下	片廊下の幅				m	
	中廊下の幅				m	
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物	<input type="checkbox"/> その他	
本体施設の入所・入院定員		人		短期入所利用定員	人	
サービス提供単位2	介護形式(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型	
	短期入所利用者数				人 (推定数を記入)	
	○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	
			専従	兼務	専従	兼務
	本体施設の施設等従事人数	常勤(人)				
		非常勤(人)				
	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	
			専従	兼務	専従	兼務
	本体施設の施設等従事人数	常勤(人)			栄養士を配置していない場合の措置	
		非常勤(人)				
	短期入所生活介護従事人数	常勤(人)				
非常勤(人)						
○設備に関する基準の確認に必要な事項						
居室	1室あたりの最大定員				人	
	利用者1人あたりの最小床面積				m ²	
食堂と機能訓練室の合計面積				m ²		
廊下	片廊下の幅				m	
	中廊下の幅				m	
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物	<input type="checkbox"/> その他	
本体施設の入所・入院定員		人		短期入所利用定員	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 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。
 - 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 本体施設の種別は、「養護老人ホーム」、「病院」、「診療所」、「介護老人保健施設」、「特定施設入居者生活介護」、「地域密着型介護老人保健施設」、「その他」を記入してください。

(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
(空床利用型・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 市 区 府 県	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					
	氏名	住所	(郵便番号 —)			
	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)	<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> 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	担当医師		看護職員		介護職員
		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)					
	○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	事業所種別③に該当時	入院患者1人あたり床面積			m ²
廊下			片廊下の幅		m	
			中廊下の幅		m	
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)		<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> 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	担当医師		看護職員		介護職員	
	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)						
○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	事業所種別③に該当時	入院患者1人あたり床面積			m ²	
		廊下	片廊下の幅		m	
			中廊下の幅		m	
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)	<input type="checkbox"/> 従来型			<input type="checkbox"/> 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	担当医師		看護職員		介護職員		
		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)							
	○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	事業所種別③に該当時	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	
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)	<input type="checkbox"/> 従来型			<input type="checkbox"/> 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	担当医師		看護職員		介護職員		
		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)							
	○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	事業所種別③に該当時	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	

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

事業所	法人番号										
	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 _____) 都 道 市 区 府 県 町 村									
連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号					
	Email										
施設区分 (該当に○)	有料老人ホーム			施設開設 年月日	年	月	日				
	軽費老人ホーム										
	サービス付き高齢者向け住宅										
入居者の要件 (該当に○)	介護専用型										
	介護専用型以外										
サービスの提供形態 (該当に○)	一般型										
	外部サービス利用型										
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 _____)						
	氏名										
	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										
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)											
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
建物の構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他						
入居定員			人								
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				
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) 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

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 _____) 都 道 市 区 府 県 町 村			
	連絡先	電話番号 _____ Email _____	(内線) _____	FAX 番号 _____	
管理者	フリガナ			(郵便番号 _____)	
	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)				
	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 _____	
貸与種目					
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		専門相談員			
		専 従	兼 務		
		常 勤(人)			
		非常勤(人)			
常勤換算後の人数(人)					
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 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器」、「移動用リフト(つり具の部分を除く)」、「自動排泄処理装置」を記入してください。

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

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村			
	連絡先	電話番号 (内線)	FAX 番号		
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 ー)		
	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	-----		
販売種目					
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	専門相談員				
		専従	兼務		
	常勤(人)				
	非常勤(人)				
	常勤換算後の人数(人)				
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 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」、「入浴補助用具」、「簡易浴槽」、「移動用リフトのつり具の部品」、「排泄予測支援機器」を記入してください。

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					
管理者	フリガナ										
	氏名			住所	(郵便番号 —)						
	生年月日			名称							
	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)			兼務する職種及び勤務時間等							
	短期入所生活介護の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		事業の実施形態		<input type="checkbox"/> 空床型 <input type="checkbox"/> 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							
介護形式(いずれか一方を選択)				<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型					
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
サービス提供単位1	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		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			m ²				m ²			
食堂と機能訓練室の合計面積				m ²				m ²			
廊下	片廊下の幅			m				m			
	中廊下の幅			m				m			
入所定員		人									
介護形式(いずれか一方を選択)								<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型	
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
サービス提供単位2	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		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			m ²				m ²			
食堂と機能訓練室の合計面積				m ²				m ²			
廊下	片廊下の幅			m				m			
	中廊下の幅			m				m			
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													
	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											
短期入所療養介護の実施の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		通所リハビリテーションの実施の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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)										<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> 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		
	介護老人保健施設及び通所リハ ビリテーション従事人数		常勤(人)											
			非常勤(人)											
	常勤換算後の人数(人)													
					理学・作業療法士		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		
	介護老人保健施設及び通所リハ ビリテーション従事人数		常勤(人)											
			非常勤(人)											
	常勤換算後の人数(人)													
	○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						
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)										<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> 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		
	介護老人保健施設及び通所リハ ビリテーション従事人数		常勤(人)											
			非常勤(人)											
	常勤換算後の人数(人)													
					理学・作業療法士		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		
	介護老人保健施設及び通所リハ ビリテーション従事人数		常勤(人)											
			非常勤(人)											
	常勤換算後の人数(人)													
	○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						
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				m ²		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)											
	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			:		~				:		
	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)											
	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			:		~				:		
	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)											
	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				:			~			:
		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)											
	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				:			~			:
		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 _____) 東京 _____ 都道 _____ 市区 _____ 府県 _____ 町村 _____								
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX 番号				
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 _____)				
	氏名									
	生年月日									
	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									
短期入所療養介護の実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		通所リハビリテーションの実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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)		<input type="checkbox"/> I型介護医療院		<input type="checkbox"/> II型介護医療院						
介護形式(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型						
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		医師		薬剤師		看護職員		介護職員	
			専従		専従		専従		専従	
			兼務		兼務		兼務		兼務	
	介護医療院及び通所リハビリテーション従事人数		常勤(人)							
			非常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)									
			理学・作業療法士		栄養士		放射線技師		介護支援専門員	
			専従		専従		専従		専従	
			兼務		兼務		兼務		兼務	
	介護医療院及び通所リハビリテーション従事人数		常勤(人)							
			非常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)									
	○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						
		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)		<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> 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		専従		専従		専従	
			兼務		兼務		兼務		兼務	
	介護医療院及び通所リハビリテーション従事人数		常勤(人)							
			非常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)									
			理学・作業療法士		栄養士		放射線技師		介護支援専門員	
			専従		専従		専従		専従	
			兼務		兼務		兼務		兼務	
	介護医療院及び通所リハビリテーション従事人数		常勤(人)							
			非常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)									
	○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						
		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)											
	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			～								
	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)											
	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			～								
	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。

(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)		<input type="checkbox"/> I型介護医療院				<input type="checkbox"/> II型介護医療院						
介護形式(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> 従来型				<input type="checkbox"/> ユニット型						
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		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	専従	兼務
	介護医療院及び通所 リハビリテーション従事人数	常勤(人)										
		非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)											
			理学・作業療法士		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	専従	兼務
	介護医療院及び通所 リハビリテーション従事人数	常勤(人)										
		非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)											
	○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								
入所定員				人								
				人								
サービス提供単位4	介護形式(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> 従来型				<input type="checkbox"/> 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	専従	兼務
	介護医療院及び通所 リハビリテーション従事人数	常勤(人)										
		非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)											
			理学・作業療法士		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	専従	兼務
	介護医療院及び通所 リハビリテーション従事人数	常勤(人)										
		非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)											
	○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								
入所定員				人								
				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	:				~		:				
	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)											
	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	:				~		:				
	土曜日	:				~		:				
	日曜日・祝日	:				~		:				
サービス提供時間		:				~		:				
利用定員		人										