

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

受付番号

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										
事業の種別 (チェックを記入)		<input type="checkbox"/> 訪問介護・介護予防訪問型サービス			<input type="checkbox"/> 介護予防生活支援サービス					
管理者	フリガナ			住所	(-)					
	氏名									
	生年月日									
	当該訪問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			
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									
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)										
基準上の必要人数(人)										
適合の可否										
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考
	営業時間									
	サービス提供時間									
	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									
通常の事業実施地域										
添付書類		別添のとおり								

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「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 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。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。
- 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。

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

受付番号

事業所	フリガナ 名 称									
	所在地	(-)								
	連絡先	TEL番号						FAX番号		
サービス提供責任者	フリガナ 氏 名						住所	(-)		
	フリガナ 氏 名						住所	(-)		
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)										
主な 掲 示 事 項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	
	サービス提供時間									
	通常の事業実施地域									

- 備考 1 「受付番号」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。

	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。	

付表資料1

◇訪問介護常勤換算方法を採用する事業所で必要となる常勤のサービス提供者数

利用者数	①の口のaまたはbに基づき置かなければならない常勤のサービス提供責任者数	常勤換算方法を採用する事業所で必要となる常勤のサービス提供責任者
40人以下	1	1
40人超80人以下	2	1
80人超120人以下	3	2
120人超160人以下	4	3
160人超200人以下	5	4
200人超240人以下	6	4
240人超280人以下	7	5
280人超320人以下	8	6
320人超360人以下	9	6
360人超400人以下	10	7
400人超440人以下	11	8
440人超480人以下	12	8
480人超520人以下	13	9
520人超560人以下	14	10
560人超600人以下	15	10
600人超640人以下	16	11

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

受付番号

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												
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)												
基準上の必要人数(人)												
適合の可否												
主な 揭示 事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考		
	営業時間											
	サービス提供時間											
	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												
通常の事業実施地域												
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 「受付番号」「基準上の必要人数」「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 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。

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

受付番号

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										
(病院 診療所 訪問看護ステーション)の別		該当に○を記入										
※ 管 理 者	フリガナ											
	氏名											
	生年月日											
	職種	看護師 又は 保健師	登録番号									
	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)									備考			
基準上の必要人数(人)												
適合の可否												
主な 掲 示 事 項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考		
	営業時間											
	サービス提供時間											
	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											
通常の事業実施地域												
添付書類	別添のとおり											

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「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 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、営業時間等を別様にして記載してください。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。
 5 ※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。
 6 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

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

受付番号

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											
(病院 診療所 介護老人保健施設 介護医療院)の別		該当に○を記入									
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)											
主な 掲 示 事 項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考	
	営業時間										
	サービス提供時間										
	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										
通常の事業実施地域											
添付書類	別添のとおり										

- 備考 1 「受付番号」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 「主な掲示事項」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 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。

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

受付番号

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目的における当該事業の実施に関する番号											
(病院 診療所 薬局)の別										該当に○を記入	
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)											
主な 掲 示 事 項	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	備考
	営業時間										
	サービス提供時間										
	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											
通常の事業実施地域											
添付書類		別添のとおり									

- 備考
- 1 「受付番号」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 「主な掲示事項」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 「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。
 - 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。

付表6-1 通所介護・第一号通所事業の指定に係る記載事項

受付番号

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目的における当該事業の実施に関する番号														
事業の種別 (チェックを記入)		<input type="checkbox"/> 通所介護・介護予防通所型サービス		<input type="checkbox"/> 介護予防運動機能向上サービス		<input type="checkbox"/> 介護予防ミニデイサービス								
管理者	フリガナ													
	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												
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)														
基準上の必要人数														
適合の可否														
食堂及び機能訓練室の合計面積					基準上の必要数値					適合の可否				
m ²					m ² 以上									
主な 掲 示 事 項	営業日(単位ごと)	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考				
	営業時間													
	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												
	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													
通常の事業実施地域														
添付書類	別添のとおり													

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要数値」「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 「主な掲示事項」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 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。
- 5 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、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。
- 6 当該指定居宅サービス等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。
- 7 2単位目以降のサービス提供時間については「別紙付表6-2 通所介護・第一号通所事業の指定に係る記載事項(2単位目以降)」へ記入してください。

付表6-2 通所介護・第一号通所事業の指定に係る記載事項(2単位目以降)

受付番号

事業所	フリガナ	
	名称	

2 単位目	単位別従業者		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)											
	基準上の必要人数(人)											
	適合可否											
	主な 掲示 事項	定員	人							備考		
		営業日	日	月	火	水	木	金	土			祝
	サービス提供時間											
	備考											
3 単位目	単位別従業者		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)											
	基準上の必要人数(人)											
	適合可否											
	主な 掲示 事項	定員	人							備考		
		営業日	日	月	火	水	木	金	土			祝
	サービス提供時間											
	備考											
4 単位目	単位別従業者		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)											
	基準上の必要人数(人)											
	適合可否											
	主な 掲示 事項	定員	人							備考		
		営業日	日	月	火	水	木	金	土			祝
	サービス提供時間											
	備考											

付表資料2

◆通所介護の人員配置基準を満たすために必要となる介護職員等の勤務時間数の具体例(単位ごと)

別表2

		平均提供時間数						
		3.0時間	4.0時間	5.0時間	6.0時間	7.0時間	8.0時間	9.0時間
利用者	5人	3.0時間	4.0時間	5.0時間	6.0時間	7.0時間	8.0時間	9.0時間
	10人	3.0時間	4.0時間	5.0時間	6.0時間	7.0時間	8.0時間	9.0時間
	15人	3.0時間	4.0時間	5.0時間	6.0時間	7.0時間	8.0時間	9.0時間
	16人	3.6時間	4.8時間	6.0時間	7.2時間	8.4時間	9.6時間	10.8時間
	17人	4.2時間	5.6時間	7.0時間	8.4時間	9.8時間	11.2時間	12.6時間
	18人	4.8時間	6.4時間	8.0時間	9.6時間	11.2時間	12.8時間	14.4時間
	19人	5.4時間	7.2時間	9.0時間	10.8時間	12.6時間	14.4時間	16.2時間
	20人	6.0時間	8.0時間	10.0時間	12.0時間	14.0時間	16.0時間	18.0時間

付表7-1 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

受付番号

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				
(病院 診療所 介護老人保健施設 介護医療院)の別 該当に○を記入											
医師数	常勤					人	一日当たりの総利用(予定)数				
	非常勤					人					
従業者の職種・員数	理学療法士			作業療法士			言語聴覚士			看護職員	
常勤(人)											
非常勤(人)											
基準上の必要人数											
適合の可否											
専用の部屋等の面積					基準上の必要数値			適合の可否			
m ²					m ² 以上						
主な揭示事項	営業日(単位ごと)	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考	
	営業時間										
	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									
	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										
通常の事業実施地域											
添付書類	別添のとおり										

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 4 従業者の員数については、総数を記載してください。
 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。

付表7-2 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(2単位目以降)

受付番号

事業所	フリガナ	
	名称	

2 単位目	単位別従業者		従事者員数		基準上の 必要人数	適合可否					
			常勤	非常勤							
	理学療法士 作業療法士		①当該単位につき毎日従事する者								
			②週1日以上従事する上記以外の者								
	看護職員		③経験看護師等								
			④上記③以外の看護職員								
	介護職員										
	主な 揭示 事項	定員	人							備考	
		営業日	日	月	火	水	木	金	土		祝
		サービス 提供時間									
	備考										

3 単位目	単位別従業者		従事者員数		基準上の 必要人数	適合可否					
			常勤	非常勤							
	理学療法士 作業療法士		①当該単位につき毎日従事する者								
			②週1日以上従事する上記以外の者								
	看護職員		③経験看護師等								
			④上記③以外の看護職員								
	介護職員										
	主な 揭示 事項	定員	人							備考	
		営業日	日	月	火	水	木	金	土		祝
		サービス 提供時間									
	備考										

4 単位目	単位別従業者		従事者員数		基準上の 必要人数	適合可否					
			常勤	非常勤							
	理学療法士 作業療法士		①当該単位につき毎日従事する者								
			②週1日以上従事する上記以外の者								
	看護職員		③経験看護師等								
			④上記③以外の看護職員								
	介護職員										
	主な 揭示 事項	定員	人							備考	
		営業日	日	月	火	水	木	金	土		祝
		サービス 提供時間									
	備考										

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

受付番号

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 ²	m ² 以上			
	老人性痴呆疾患療養病棟の用に供される床面積		m ²	m ² 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 ²	m ² 以上				
デイルームと面会室の合計面積		m ²	m ² 以上					
4	入院患者1人あたり床面積		m ²	m ² 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
- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 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。
 - 「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。
 - 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。

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

受付番号

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 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 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。

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

受付番号

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											
	生年月日											
住所 (-)												
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)												
基準上の必要人数(人)												
適合の可否												
主な 揭示 事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考		
	営業時間											
	取り扱う種目											
	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												
通常の事業実施地域												
添付書類		別添のとおり										

- 備考
- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「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 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。

付表13

指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号

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											
(主任介護支援専門員)※	フリガナ					住所	(-)				
	氏名										
	生年月日										
	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)											
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考	
	営業時間										
	利用料	法定代理受領分以外									
	その他の費用										
	通常の事業実施地域										
添付書類		別添のとおり									

- 備考
- 「受付番号」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。
 - 「管理者(主任介護支援専門員)※」について、平成33年3月31日までの間は、管理者として主任介護支援専門員以外の介護支援専門員の配置を可能とする経過措置がありますが、経過措置期間の終了を待たず、管理者として主任介護支援専門員を配置することが望ましい。