

福岡県公報

平成三十年六月一日
第三千九百九十六号
増刊
①

目次

規則(第二十四号)

○福岡県介護サービス事業者の指定等に関する規則の一部を改正する

規則

(介護保険課) ……………一

選挙管理委員会

○政治団体の設立届の一部訂正

(市町村支援課) ……………三九

規則

福岡県介護サービス事業者の指定等に関する規則の一部を改正する規則を制定し、ここに公布する。

平成三十年六月一日

福岡県知事 小川 洋

福岡県規則第二十四号

福岡県介護サービス事業者の指定等に関する規則の一部を改正する規則

福岡県介護サービス事業者の指定等に関する規則(平成十一年福岡県規則第五十八号)の一部を次のように改正する。

第一条中「、健康保険法等の一部を改正する法律(一)を「並びに健康保険法等の一部を改正する法律」に改め、「並びに地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(平成二十六年法律第八十三号)附則第十一条及び附則第十四条第二項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第五条の規定による改正前の介護保険法(介護予防訪問介護及び介護予防通所介護に関する部分に限る。以下「平成二十六年改正前の介護保険法」という。)」及び介護保険法施行規則(以下「平成二十六年改正前の施行規則」という。)」を削る。

第二条中「、第七十九条第一項」を削り、「第九十四条第一項」の下に「、第七十九条第一項」を加え、「、平成十八年改正前の介護保険法第七十一条並びに平成二十六年改正前の介護保険法第一百五十五条の二第二項」を「並びに平成十八年改正前の介護保険法第七十一条」に改め、「及び平成二十六年改正前の介護保険法第一百五十五条の十一」及び「、第七十九条の二第二項」を削り、「及び第九十四条の二第二項」を「、第九十四条の二第二項及び第九十一条第二項」に改める。

第三条の次に次の一条を加える。

第三条の二 法第七十二条の二第一項ただし書及び第一百五十五条の二の二第一項ただし書の規定による申出は、様式第二号の二により行うものとする。

第四条中「、第八十二条」を削り、「第九十九条」の下に「、第一百三十三条」を加え、「、平成十八年改正前の介護保険法第一百一十一条並びに平成二十六年改正前の介護保険法第一百五十五条の五」を「並びに平成十八年改正前の介護保険法第一百一十一条」に、「、平成十八年改正前の施行規則又は平成二十六年改正前の施行規則」を「又は平成十八年改正前の施行規則」に改める。

第六条の見出し中「介護老人保健施設」の下に「及び介護医療院」を加え、同条中「法第九十四条第二項」の下に「及び第七十七条第二項」を加える。

第七条の見出し中「介護老人保健施設」の下に「及び介護医療院」を加え、同条中「法第九十五条第一項及び第二項」の下に「並びに法第九十一条第一項及び第二項」を加える。

第八条の見出し中「介護老人保健施設」の下に「及び介護医療院」を加え、同条中「法第九十八条第一項第四号」の下に「及び第一百二十二条第一項第四号」を加える。

第十条第一項中「、平成十八年改正前の介護保険法第一百五十五条の三十二第二項又は平成二十六年改正前の介護保険法第一百五十五条の三十二第二項」を「又は平成十八年改正前の介護保険法第一百五十五条の三十二第二項」に、「、平成十八年改正前の介護保険法第一百五十五条の三十二第四項」を「又は平成十八年改正前の介護保険法第一百五十五条の三十二第四項」に改め、同条第二項中「、平成十八年改正前の介護保険法第一百五十五条の三十二第三項又は平成二十六年改正前の介護保険法第一百五十五条の三十二第三項」を「又は平成十八年改正前の介護保険

法第百十五条の三十二第三項」に改める。

第十一条第一項第九号中「、指定療養通所介護及び指定介護予防通所介護」を削る。
様式第一号及び様式第一号の二を次のように改める。

様式第1号(第2条関係)

受付番号

指定居宅サービス事業者
指定介護予防サービス事業者
介護保険施設
指定(許可)申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

所在地

申請者

名称
代表者職・氏名

印

介護保険法に規定する事業者(施設)に係る指定(許可)を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

Application form with sections for applicant information, business location, and a table of services to be designated. The table lists various services like home care, day care, and nursing facilities, each with a corresponding form number (e.g., 付表1 to 付表12).

記入担当者名 | 記入担当者連絡先 | 電話番号 | FAX番号

- 備考 1 「受付番号」欄及び「事業所所在地市町村番号」欄は記入しないでください。
2 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「公益社団法人」、「公益財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の種別を記入してください。
3 「法人所轄庁」欄には、申請(開設)者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
4 「実施事業」欄は、今回申請及び既に指定等を受けているものを含めて、該当する欄に「○」を記入してください。
5 「指定(許可)申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始(開設)予定年月日を記載してください。
6 「既に指定等を受けている事業等の指定(許可)年月日」欄は、介護保険法による指定事業者又は介護保険施設として指定(許可)された年月日(介護保険法施行法第4条、第5条、第7条及び第8条の規定に基づき指定(許可)があったものとみなされたものについては「12. 4. 1)」を記載してください。
7 健康保険法に基づく保険医療機関、保険薬局又は訪問看護事業所として既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記入してください。
8 「事業所区分」欄は、申請者が医療機関コード等を持つ場合に、「医科」、「歯科」、「薬局」、「訪問看護事業所」の別を記入してください。

付表1

訪問介護事業所・共生型訪問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						共生型				
	名称										
	所在地	(郵便番号 -) 福岡県 郡市 区									
		(ビルの名称等)									
直通連絡先	電話番号			FAX番号							
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文				第	条	第	項	第	号		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)						
	氏名										
	生年月日										
	当該訪問介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)										
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合に記入)		事業所等名称			事業所番号					
		兼務する職種及び勤務時間等									
利用者数				人		※前3か月の平均値(新規の場合は推定数)を記入					
		要介護者		人		要支援者					
				人			人				
サービス提供者	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											
従業員	区分		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)										
	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	その他年間の休日	
	営業時間	平日		~			土曜日	~		日曜日・祝日	~
		備考									
	訪問介護サービス対応時間	対応日									
		対応時間									
	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	①	②		③		④		⑤			
	備考										
添付書類	別添のとおり										

備考

- 「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「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、適宜欄を設けて記入するか、又は別業に記入した書類を添付してください。
- 共生型訪問介護事業所の場合は、「事業所」欄の「共生型」欄に○印を記入し、「管理者」欄の「兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設」欄には指定を受けている障がい福祉サービス等の事業所名及び事業所番号を、「利用者数」欄には指定を受けている障がい福祉サービス等の事業所における利用者実績の前3か月の平均値を記入してください。

付表2

訪問入浴介護事業所・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	(郵便番号 —) 福岡県 郡市 区										
	直通連絡先	電話番号					FAX番号					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第	条	第	項	第	号		
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 —)						
	氏名											
	生年月日											
	当該訪問入浴介護で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)											
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合に記入)			事業所等名称								
			兼務する職種及び勤務時間等									
利用者数	人 ※前3か月の平均値(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	区分	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)											
	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	その他年間の休日		
	営業時間	平日	～				土曜日	～		日曜日・祝日	～	
		備考										
	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	①	②			③			④		⑤		
	備考											
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

- 「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「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、又は別葉に記載した書類を添付してください。

付表3

訪問看護事業所・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	(郵便番号 -)									
		福岡県	郡市		区			(ビルの名称等)			
直通連絡先	電話番号				FAX番号						
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文		第		条第		項第		号			
病院、診療所、訪問看護ステーションの別											
管理者	フリガナ	(郵便番号 -)									
	氏名	住所									
	生年月日										
	※職種				※登録番号						
	※当該訪問看護事業所内で兼務する他の職種(兼務の場合記入)										
	※兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合に記入)		事業所等名称								
		兼務する職種及び勤務時間等									
利用者数		人 ※前3か月の平均値(新規の場合は推定数)を記入									
		要介護者			要支援者			人			
従業者	区分	看護師		保健師		准看護師		理学・作業療法士等			
		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											
事業所を兼用する事業名(兼用の場合)											
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日	
	営業時間	平日	~			土曜日	~		日曜日・祝日	~	
		備考									
	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	①	②			③			④		⑤	
	備考										
添付書類		別添のとおり									

- 備考
- 「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「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、又は別葉に記載した書類を添付してください。
 - ※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。
 - 保険医療機関である病院及び診療所が行うものについては、介護保険法第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。

付表4

**訪問リハビリテーション事業所・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	(郵便番号 —)											
		福岡県	郡	市	区								
	(ビルの名称等)												
直通連絡先	電話番号						FAX番号						
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文							第	条	第	項	第	号	
病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院の別													
管理者	フリガナ						住所	(郵便番号 —)					
	氏名												
	生年月日												
利用者数	要介護者					人	※前3か月の平均値(新規の場合は推定数)を記入						
						人	要支援者						
						人							
従業者	区分	理学・作業療法士等											
		専従	兼務										
	常勤(人)												
非常勤(人)													
主な 掲 示 事 項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の 休日			
	営業時間	平日	~					土曜日	~		日曜日・祝日	~	
		備考											
	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	①	②			③			④			⑤		
	備考												
添付書類	別添のとおり												

備考

- 「受付番号」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、又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 保険医療機関である病院及び診療所が行うものについては、介護保険法第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。

付表5

居宅療養管理指導事業所・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	(郵便番号 —)											
		福岡県	郡市			区							
	(ビルの名称等)												
直通連絡先	電話番号					FAX番号							
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第 条 第 項 第 号								
病院、診療所、薬局の別													
提供する居宅療養管理指導の種類		医師の居宅療養管理指導		歯科医師の居宅療養管理指導		薬剤師の居宅療養管理指導							
管理者	フリガナ												
	氏名	住所			(郵便番号 —)								
	生年月日												
	※職種					※登録番号							
	※当該訪問看護事業所内で兼務する他の職種(兼務の場合記入)												
	※兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合に記入)		事業所等名称 兼務する職種及び勤務時間等										
利用者数		人				※前3か月の平均値(新規の場合は推定数)を記入				人			
		要介護者				要支援者				人			
従業者	区分	医師		歯科医師		薬剤師		歯科衛生士等		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)													
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日			
	営業時間	平日	~			土曜日	~			日曜日・祝日	~		
		備考											
	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	①	②			③			④		⑤			
	備考												
添付書類	別添のとおり												

備考

- 「受付番号」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、又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 保険医療機関である病院、診療所及び保険薬局が行うものについては、介護保険法第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。

付表6-1

通所介護事業所・共生型通所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									共生型			
	所在地	(郵便番号 —) 福岡県 郡市 区 (ビルの名称等)											
	直通連絡先	電話番号					FAX番号						
	当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第	条	第	項	第	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)												
兼務する同一敷地内の		事業所等名称				事業所番号							
他の事業所又は施設 (兼務の場合に記入)		兼務する職種 及び勤務時間等											
実施単位数		単位		通所介護事業所全体の定員						人			
単位別 従業者	区分	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)												
適合の可否													
食堂及び機能訓練 室の合計面積				m ²		基準上の必要数値		適合の可否					
						m ² 以上							
主な 揭示 事項	定員		人										
	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間 の 休日		
	営業時間		平日	~		土曜日	~		日曜日・祝日	~			
			サービス提供時間										
			延長時間(時間延長サービスを行う場合のみ記入)										
			備考										
	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		①	②	③	④	⑤							
		備考											
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」及び「適合の可否」欄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業に記載した書類を添付してください。
- 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、別紙に記載し添付してください。
- 共生型通所介護事業所の場合は、「事業所」欄の「共生型」欄に○印を記入し、「管理者」欄の「兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設」欄には指定を受けている障がい福祉サービス等の事業所名及び事業所番号を、「通所介護事業所全体の定員」欄には指定を受けている障がい福祉サービス等の事業所の定員を記入してください。

付表6-1(別紙)

通所介護事業所・共生型通所介護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																	
単位	単位別従業者	区分	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)																
	適合の可否																	
	主な揭示事項	単位の定員	人															
		営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日							
		営業時間	平日	～					土曜日	～		日曜日・祝日	～					
			サービス提供時間															
	延長時間(時間延長サービスを行う場合のみ記入)																	
		備考																
	単位	単位別従業者	区分	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)																		
適合の可否																		
主な揭示事項		単位の定員	人															
		営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日							
		営業時間	平日	～					土曜日	～		日曜日・祝日	～					
			サービス提供時間															
延長時間(時間延長サービスを行う場合のみ記入)																		
		備考																
単位		単位別従業者	区分	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)																	
	適合の可否																	
	主な揭示事項	単位の定員	人															
		営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日							
		営業時間	平日	～					土曜日	～		日曜日・祝日	～					
			サービス提供時間															
	延長時間(時間延長サービスを行う場合のみ記入)																	
		備考																

付表6-2

通所介護事業所・共生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の記載事項

受付番号

事業所	フリガナ												
	名称												
一部事業施設数		施設											
一部事業施設	フリガナ												
	名称												
	所在地	(郵便番号 -) 都道 郡市 府県 区 ----- (ビルの名称等)											
	直通連絡先	電話番号					FAX番号						
一部事業施設の定員		人											
従業者	区分	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)													
食堂及び機能訓練室の合計面積		m ²											
主な揭示事項	定員	人											
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日			
	営業時間	平日	~				土曜日	~		日曜日・祝日	~		
		サービス提供時間											
		延長時間(時間延長サービスを行う場合のみ記入)											
添付書類		平面図											
一部事業施設	フリガナ												
	名称												
所在地	(郵便番号 -) 都道 郡市 府県 区 ----- (ビルの名称等)												
直通連絡先	直通電話番号					FAX番号							
一部事業施設の定員		人											
従業者	区分	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)													
食堂及び機能訓練室の合計面積		m ²											
主な揭示事項	定員	人											
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日			
	営業時間	平日	~				土曜日	~		日曜日・祝日	~		
		サービス提供時間											
		延長時間(時間延長サービスを行う場合のみ記入)											
添付書類		平面図											

備考 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」、「基準上の必要数値」及び「適合の可否」欄は、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、又は別葉に記載した書類を添付してください。

付表7-1

通所リハビリテーション事業所・介護予防通所リハビリテーション事業所の
指定に係る記載事項(病院・診療所)

受付番号

事業所	フリガナ 名称											
	所在地	(郵便番号 -) 都道 郡市 府県 区 (ビルの名称等)										
	直通連絡先	電話番号				FAX番号						
	当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 第 条 第 項 第 号											
管理者	フリガナ	(郵便番号 -)										
	氏名	住所										
	生年月日											
	管理者代行者が選任 されている場合	医師	作業療法士等	代行 者名	フリガナ 氏名							
理学療法士		専従の看護師										
事業所の種別(1つに○)		病院	診療所(10人超)	診療所(10人以下)								
実施単位数		単位										
医師数		専従	人	兼務	人	1日当たりの総利用者推定数			人			
単位別 従業者	区分		員数		基準上必要 人数(人)	適合の 可否						
	理学療法士・作業 療法士・言語聴覚士	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										
		④上記③以外の看護職員										
介護職員												
専用の部屋等の面積			m ²			基準上の必要数値		適合の可否				
						m ² 以上						
主な 揭示 事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間 の休日		
	営業時間	平日		~		土曜日		~		日曜日・祝日 ~		
		サービス提供時間										
		延長時間(時間延長サービスを行う場合のみ記入)										
	備考											
	利用定員	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	①	②		③			④		⑤			
	備考											
添付書類	別添のとおり											

備考 1 「受付番号」、「基準上必要人数」、「基準上必要数値」及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別葉に記入した書類を添付してください。
 3 複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、別紙に記入し添付してください。
 4 「事業所の種別」の診療所(10人超)と診療所(10人以下)の違いは次のとおりです。該当するものを選択してください。
 診療所(10人超): サービスの提供が同時に10人超の利用者に対して一体的に行われるもの
 診療所(10人以下): サービスの提供が同時に10人以下の利用者に対して一体的に行われるもの

付表7-1(別紙)

通所リハビリテーション事業所・介護予防通所リハビリテーション事業所の
指定に係る記載事項(病院・診療所)

受付番号

事業所	フリガナ																	
	名称																	
単位別 従業者	区分											員数		基準上必要 人数(人)	適 合 可 否			
													常勤	非常勤				
	理学療法士・作業 療法士・言語聴覚士	①当該単位につき毎日従事する者																
	看護職員	②週1日以上従事する上記以外の者																
	介護職員	③経験看護師																
	④上記③以外の看護職員																	
主な 揭示 事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の 休日								
													平日	~	土曜日	~	日曜日・祝日	~
	営業時間	サービス提供時間																
		延長時間(時間延長サービスを行う場合のみ記入)																
		備考																
利用定員	人																	
単位別 従業者	区分											員数		基準上必要 人数(人)	適 合 可 否			
													常勤	非常勤				
	理学療法士・作業 療法士・言語聴覚士	①当該単位につき毎日従事する者																
	看護職員	②週1日以上従事する上記以外の者																
	介護職員	③経験看護師																
	④上記③以外の看護職員																	
主な 揭示 事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の 休日								
													平日	~	土曜日	~	日曜日・祝日	~
	営業時間	サービス提供時間																
		延長時間(時間延長サービスを行う場合のみ記入)																
		備考																
利用定員	人																	
単位別 従業者	区分											員数		基準上必要 人数(人)	適 合 可 否			
													常勤	非常勤				
	理学療法士・作業 療法士・言語聴覚士	①当該単位につき毎日従事する者																
	看護職員	②週1日以上従事する上記以外の者																
	介護職員	③経験看護師																
	④上記③以外の看護職員																	
主な 揭示 事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の 休日								
													平日	~	土曜日	~	日曜日・祝日	~
	営業時間	サービス提供時間																
		延長時間(時間延長サービスを行う場合のみ記入)																
		備考																
利用定員	人																	

付表7-2

通所リハビリテーション事業所及び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(介護老人保健施設・介護医療院)

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ													
	名称													
	所在地	(郵便番号 -)												
		福岡県					郡市区							
直通連絡先		電話番号				FAX番号								
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 第 条 第 項 第 号														
管理者	フリガナ	(郵便番号 -)												
	氏名	住所												
	生年月日													
	管理者代行者が選任されている場合	医師				作業療法士				代行フリガナ				
		理学療法士				専従の看護師				氏名				
施設開設年月日	昭和・平成	年	月	日										
実施単位数	単位													
一日当たり通所リハ平均利用延人員数				人				入所者数				人		
従業者	区分	医師		理学療法士等		支援相談員		単位別従業者	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)							常勤(人)						
	非常勤(人)							非常勤(人)						
	常勤換算後の人数(人)													
	基準上の必要人数(人)							基準上必要数						
適合の可否								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				
(通所リハ利用者用食堂を含む)		m ²						m ² 以上						
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日				
	営業時間	平日			~			土曜日			~	日曜日・祝日		
		備考												
	利用定員	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	①	②			③			④		⑤				
備考														
添付書類	別添のとおり													

- 備考
- 「受付番号」、「基準上必要人数」、「基準上必要数値」及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別葉に記入した書類を添付してください。
 - 複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、別葉に記入し添付してください。

付表7-2(別紙)

通所リハビリテーション事業所・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(介護老人保健施設・介護医療院)

受付番号

事業所	フリガナ												
	名称												
単位	単位別従業者	区分	看護職員		介護職員								
			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												
	示主	営業時間	平日	~		土曜日	~		日曜日・祝日	~			
			備考										
	示主	利用定員	人										
	単位	単位別従業者	区分	看護職員		介護職員							
				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											
		示主	営業時間	平日	~		土曜日	~		日曜日・祝日	~		
備考													
示主		利用定員	人										
単位		単位別従業者	区分	看護職員		介護職員							
				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											
		示主	営業時間	平日	~		土曜日	~		日曜日・祝日	~		
	備考												
	示主	利用定員	人										
	単位	単位別従業者	区分	看護職員		介護職員							
				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											
		示主	営業時間	平日	~		土曜日	~		日曜日・祝日	~		
備考													
示主		利用定員	人										

付表8-1

短期入所生活介護事業所・介護予防短期入所生活介護事業所・共生型短期入所生活介護事業所の指定に係る記載事項(単独型の場合)

受付番号

事業所	フリガナ							共生型	
	名称								
	所在地	(郵便番号 -)		福岡県		郡市		区	
		(ビルの名称等)							
	直通連絡先	電話番号				FAX番号			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文		第 条 第 項 第 号							
管理者	フリガナ			住所		(郵便番号 -)			
	氏名								
	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)								
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合に記入)	事業所等名称		兼務する職種及び勤務時間等					
利用者の推計数		人		施設等の区分		従来型	ユニット型		
従業者	区分	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								
	区分	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									
設備基準上の記載項目等	居室		1室当たりの最大定員		人	基準上の必要数値		人以下	適合の可否
	廊下		利用者1人当たり最小面積		m ²			m ² 以上	
			片廊下の幅		m			m以上	
			中廊下の幅		m			m以上	
			食堂と機能訓練室の合計面積		m ²			m ² 以上	ユニット型にあっては共同生活室の面積
			建物の構造概要						
		建物の面積		m ²			m ² 以上		
主な揭示事項	利用定員	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								
	通常の送迎の実施地域	①	②	③	④	⑤			
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」及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別業に記入した書類を添付してください。
 3 共生型短期入所生活介護事業所の場合は、「事業所」欄の「共生型」欄に○印を記入し、「管理者」欄の「兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設」欄には指定を受けている障がい福祉サービス等の事業所名及び事業所番号を、「利用者の推計数」欄には指定を受けている障がい福祉サービス等の事業所の定員を記入してください。

付表8-2

短期入所生活介護事業所・介護予防短期入所生活介護事業所・共生型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)

受付番号

事業所	フリガナ							共生型		
	名称									
	所在地	(郵便番号 -) 福岡県 郡市 区 (ビル名称等)								
	直通連絡先	電話番号				FAX番号				
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文				第 条 第 項 第 号						
管理者	フリガナ	(郵便番号 -)								
	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)									
兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合に記入)		事業所等名称								
		兼務する職種及び勤務時間等								
空床型・併設型の別		空床利用のみ	併設型(空床利用あり)	併設型(空床利用なし)						
従業者の職種・員数	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)		施設等の区分	従来型	ユニット型	
	区分	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	
	介護老人福祉施設と短期入所生活介護合計の従事人数	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									
	区分	栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		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			
介護老人福祉施設と短期入所生活介護合計の従事人数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
基準上の必要人数(人)										
適合の可否(人)										
設備基準上の記載項目等	基準上の必要数値				適合の可否					
	居室	1室当たりの最大定員	人		人以下					
	居室	利用者1人当たり最小面積	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					
	食堂と機能訓練室の合計面積	m ²		m ² 以上						
建物の構造概要								ユニット型にあっては共同生活室の面積		
建物の面積		m ²		m ² 以上						
主な揭示事項	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									
	通常の送迎の実施地域	①	②	③	④	⑤				
備考										
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」及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別葉に記入した書類を添付してください。
 3 本様式は、特養の空床を利用して実施する場合、又は特養に併設して実施する場合に使用してください。
 4 共生型短期入所生活介護事業所の場合は、「事業所」欄の「共生型」欄に○印を記入し、「管理者」欄の「兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設」欄には指定を受けている障がい福祉サービス等の事業所名及び事業所番号を、「入所者数(推定数を記入)」欄には指定を受けている障がい福祉サービス等の定員を記入してください。

付表8-3 短期入所生活介護事業所・介護予防短期入所生活介護事業所・共生型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）

受付番号

事業所	フリガナ							共生型		
	名称									
	所在地	(郵便番号 -) 福岡県 郡市 区 (ビルの名称等)								
	直通連絡先	電話番号				FAX番号				
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文				第 条 第 項 第 号						
管理者	フリガナ							(郵便番号 -)		
	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)									
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合に記入)	事業所等名称							兼務する職種及び勤務時間等	
本体施設の種別					施設等の区分	従来型	ユニット型			
入院・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)					
従業者の職種・員数	区分	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	
	本体施設と短期入所生活介護合計の従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	うち、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)									
	基準上の必要人数(人)									
	適合の可否									
	区分	栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		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				
本体施設と短期入所生活介護合計の従事人数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
うち、短期入所生活介護従事人数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
基準上の必要人数(人)										
適合の可否(人)										
設備基準上の記載項目等	基準上の必要数値		適合の可否		ユニット型にあっては共同生活室の面積					
	居室	1室当たりの最大定員	人	人以下						
	居室	利用者1人当たり最小面積	m ²	m ² 以上						
	廊下	片廊下の幅	m	m以上						
	廊下	中廊下の幅	m	m以上						
	食堂と機能訓練室の合計面積	m ²	m ² 以上							
建物の構造概要										
建物の面積		m ²		m ² 以上						
入院・入所定員		人		短期入所利用定員数	人					
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									
	通常の送迎の実施地域	①	②	③	④	⑤				
協力医療機関	名称									
	名称									
	名称									
添付書類	別添のとおり。									

備考 1 「受付番号」及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記入した書類を添付してください。
 3 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。
 4 共生型短期入所生活介護事業所の場合は、「事業所」欄の「共生型」欄に○印を記入し、「管理者」欄の「兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設」欄には指定を受けている障がい福祉サービス等の事業所名及び事業所番号を、「入院・入所者数」欄には指定を受けている障がい福祉サービス等の事業所の定員を記入してください。

付表9

短期入所療養介護事業所・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	(郵便番号 -)										
		福岡県			郡市			区				
		(ビルの名称等)										
直通連絡先	電話番号				FAX番号							
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の第 条 第 項 第 号												
事業所種別 (該当欄に○を記入)	① 介護老人保健施設											
	② 介護医療院											
	③ 指定介護療養型医療施設											
	④ 療養病床を有する病院・診療所											
	⑤ 老人性認知症疾患療養病床を有する病院											
	⑥ 一般病床を有する診療所											
入院患者または利用者の定員			人 (指定介護療養型医療施設の部分を再掲 人)									
入院患者の数(上記④⑤に該当する場合に記入)			人									
管理者	フリガナ	(郵便番号 -)										
	氏名	住所										
	生年月日											
従業者	(⑤⑥の場合に記入)	担当医師	看護職員		介護職員		作業療法士		精神保健福祉士等			
		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												
設備基準上の記載項目	④	老人性認知症疾患療養病床の用に供される床面積			m ²	基準上の必要数値		m ² 以上			適合の可否	
		病室	1病室の最大病床数		床			床以下				
		病室	入院患者1人当たり床面積		m ²			m ² 以上				
		廊	片廊下の幅		m			m以上				
		廊	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			
	入院患者1人当たり食堂面積				m ²			m ² 以上				
	建物の構造概要											
	⑤	病室の入院患者1人あたり床面積				m ²			m ² 以上			
建物の構造概要												
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											
	通常の送迎の 実施地域	①	②	③	④	⑤						
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」及び「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、又は別葉に記載した書類を添付してください。
 3 「入院患者又は入所者の定員」欄は、短期入所療養型介護に供する病棟に係る員数を記入してください。

付表10

特定施設入居者生活介護事業所・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	(郵便番号 -)											
		福岡県 郡市 区											
直通連絡先	電話番号					FAX番号							
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 第 条 第 項 第 号													
施設区分 (該当部分に○)	有料老人ホーム			施設開設年月日	昭和・平成	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			サービスの提供形態 (該当部分に○)	一般型								
	介護専用型以外				外部サービス利用型								
管理者	フリガナ												
	氏名	住所											
	生年月日												
	当該特定施設入居者生活介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)												
兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)			事業所等名称										
			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			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)												
	基準上の最小人数(人)												
適合の可否													
主な揭示事項	入居定員	人				居室数	室						
	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							
建造物概要	建物の構造												
	耐火建築物、準耐火建築物の別												
	介護居室の1室の最大定員				基準上の必要数値				適合の可否				
人				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」「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、適宜欄を設けて記入するか又は別葉に記入した書類を添付してください。
 3 「協力歯科医療機関」については、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。

付表11

福祉用具貸与事業所・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	(郵便番号 —) 福岡県 郡市 区 ----- (ビルの名称等)											
	直通連絡先	電話番号					FAX番号						
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 第 条 第 項 第 号													
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 —)								
	氏名												
	生年月日												
	当該特定福祉用具販売事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)												
兼務する同一敷地内の 他の事業所又は施設 (兼務の場合に記入)			事業所等名称										
			兼務する職種 及び勤務時間等										
利用者数	人 ※前3か月の平均値(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	区分	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)												
	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	その他年間 の休日			
	営業時間	平日	~					土曜日	~		日曜日・祝日	~	
		備考											
	取り扱い種目 (○を付けてください)	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			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		
		自動排泄処理装置											
		その他											
	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	①	②			③			④			⑤		
	備考												
添付書類	別添のとおり												

備考1 「受付番号」及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。

備考2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別業に記入した書類を添付してください。

付表12

特定福祉用具販売事業所・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

受付番号

事業所	フリガナ																
	名称																
	所在地	(郵便番号 -)															
		福岡県 郡市 区 (ビルの名称等)															
直通連絡先	電話番号					FAX番号											
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文												第	条	第	項	第	号
管理者	フリガナ																
	氏名	住所 (郵便番号 -)															
	生年月日																
	当該特定福祉用具販売事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)																
兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合に記入)		事業所等名称															
		兼務する職種及び勤務時間等															
利用者数	人 ※前3か月の平均値(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	区分	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)																
	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	その他年間の の休日							
		平日	~					土曜日	~		日曜日・祝日	~					
	営業時間	備考															
		備考															
	取り扱う種目 (○を付けてください)	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分															
	販売費用の額																
その他の費用																	
通常の事業実施地域	①	②			③			④			⑤						
	備考																
添付書類	別添のとおり																

備考 1 「受付番号」及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別葉に記入した書類を添付してください。

付表13

介護老人福祉施設の指定に係る記載事項

		受付番号								
施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -) 都道 郡市 府県 区 (ビルの名称等)								
	直通連絡先	電話番号			FAX番号					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文				第 条 第 項 第 号						
管理者	フリガナ	(郵便番号 -)								
	氏名	住所								
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合に記入)	事業所等名称 兼務する職種 及び勤務時間等								
短期入所生活介護の実施の有無		有・無		事業の実施形態						
入所者数		人(推定数を記入)		短期入所利用者数(併設型の場合)						
従業者	区分	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者数	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									
	区分	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			
	介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数	常勤(人)								
	非常勤(人)									
基準上の必要人数(人)										
適合の可否(人)										
設備基準上の記載項目	区分	介護老人福祉施設			短期入所生活介護					
		基準上の必要値		適合の可否	基準上の必要値		適合の可否			
	居室	1室の最大定員	人	人以下	人	人以下				
		入所者1人当たりの最小床面積	m ²	m ²	m ²	m ²				
	廊下	片廊下の幅	m	m	m	m				
		中廊下の幅	m	m	m	m				
主な揭示事項	入所(利用)定員	人				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										
添付資料		別添のとおり								

- 備考
- 「受付番号」、「基準上の必要値」及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別葉に記入した書類を添付してください。
 - 「主な揭示事項」については、本欄に記入せず、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 本様式は、介護保険法施行後に新たに設置された介護老人福祉施設が申請を行う場合について使用してください。
 - 「※兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記入してください。
 - 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」欄に記入してください。
 - 当該指定介護福祉施設サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定介護福祉施設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14-1

介護老人保健施設の許可に係る記載事項(その1)

受付番号	
------	--

施設	フリガナ																			
	名称																			
	所在地	(郵便番号 -)																		
		福岡県 市 郡 (ヒルの名称等)																		
連絡先	電話番号							FAX番号												
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文										第 条第 項第 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(兼務の場合に記入)	フリガナ																		
通所リハビリテーションの実施の有無													有・無		短期入所療養介護の実施の有無				有・無	
入所者の予定数		人						1日当たりの通所総利用者予定数						人						
従業員の職種・員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員		理学・作業療法士		支援相談員								
		専従	兼務	専従	兼務	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)																			
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)																				
基準上の必要人数(人)																				
適合の可否																				
		栄養士		介護支援専門員等		/														
		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)																			
通所リハビリテーション従事人数	常勤(人)																			
	非常勤(人)																			
基準上の必要人数(人)																				
適合の可否																				

※ 基準上の必要人数については、介護保険法上の必要人員数を記入してください。
 (医療法上の必要人員数と同じで、診療報酬上の施設基準の必要人員数ではありません。)

付表14-2

介護老人保健施設の許可に係る記載事項(その2)

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			
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
療養室	1室の最大定員		人	人以下	
	入所者1人当たり最小床面積		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	
機能訓練室面積		m ²	m ² 以上		
食堂面積		m ²	m ² 以上		
建物の構造概要			造	階建て	(建築面積 m ²)
介護老人保健施設の敷地面積			m ²		(延床面積 m ²)
主な揭示事項	入所定員		人		
	利用料		法定代理受領分		
	その他の費用		法定代理受領以外		
通所リハビリテーションの状況					
従事者の職種・員数		理学療法士	作業療法士	看護職員	介護職員
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					
専用の部屋等の面積		m ²		基準上の必要数値	適合の可否
				m ² 以上	
営業日		単位ごとの営業日			
営業時間 (単位ごとの実施時間を明示)		(① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)			
利用定員		人(単位ごとの定員① 人、② 人、③ 人)			
利用料		法定代理受領分			
		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	
	名称			主な診療科名	
添付書類		別添のとおり			

付表15-1

介護医療院の許可に係る記載事項(その1)

受付番号	
------	--

施設	フリガナ														
	名称														
	所在地	(郵便番号 -)													
		市													
	福岡県	郡													
	(ビルの名称等)														
連絡先	電話番号							FAX番号							
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文								第 条第 項第 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)	フリガナ													
	名称														
	兼務する職種														
通所リハビリテーションの実施の有無			有・無			短期入所療養介護の実施の有無			有・無						
入所者の予定数		人										一日当たりの通所総利用者予定数	人		
従業員の職種・員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員		理学・作業療法士		栄養士			
		専従	兼務	専従	兼務	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)														
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)															
基準上の必要人数(人)															
適合の可否															
		介護支援専門員		診療放射線技師											
		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)														
通所リハビリテーション従事人数	常勤(人)														
	非常勤(人)														
基準上の必要人数(人)															
適合の可否															

※ 基準上の必要人数については、介護保険法上の必要人員数を記入してください。
 (医療法上の必要人員数と同じで、診療報酬上の施設基準の必要人員数ではありません。)

付表15-2

介護医療院の許可に係る記載事項(その2)

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				
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
療養室	1室の最大定員		人	人以下		
	入所者1人当たり最小床面積		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		
		機能訓練室面積	m ²	m ² 以上		
		食堂面積	m ²	m ² 以上		
		建物の構造概要	造	階建て	(建築面積	m ²)
		介護医療院の敷地面積	m ²		(延床面積	m ²)
主な揭示事項	入所定員		人			
	利用料		法定代理受領分			
			法定代理受領以外			
		その他の費用				
通所リハビリテーションの状況						
		従事者の職種・員数	理学療法士	作業療法士	看護職員	介護職員
		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				
		専用の部屋等の面積	m ²		基準上の必要数値	適合の可否
					m ² 以上	
		営業日	単位ごとの営業日			
		営業時間 (単位ごとの実施時間を明示)	(① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)			
		利用定員	人(単位ごとの定員① 人、② 人、③ 人)			
		利用料	法定代理受領分			
			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			
	名称		主な診療科名			
添付書類		別添のとおり				

様式第1号の2 (第2条関係)

指定居宅サービス事業者
 指定介護予防サービス事業所 指定(許可)更新申請書
 介護保険施設

年 月 日

福岡県知事 殿

所在地
 申請者 名 称 印
 代表者の職・氏名

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(許可)更新を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

		整理番号				
申請者	フリガナ					
	名 称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号) 県 郡市				
	連絡先	電話番号			FAX 番号	
	代表者の職・氏名・生年月日	職名	フリガナ			生年月日(和暦)
			氏名			
代表者の住所	(郵便番号) 県 郡市					
事業所	フリガナ					
	名 称					
	所在地	(郵便番号)				
	直通連絡先	電話番号			FAX 番号	
介護保険事業所番号						
指定(許可)更新(居宅等)					更新予定日	
指定更新(介護予防)					更新予定日	
その他の併設事業	訪問介護 通所介護 (介護予防)訪問入浴 (介護予防)訪問看護 (介護予防)訪問リハ (介護予防)通所リハ (介護予防)短期生活 (介護予防)短期療養 (介護予防)特定施設 (介護予防)福祉用具貸与 特定(介護予防)福祉用具販売 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院					

備考 1 指定介護予防サービス事業を行っていない場合は、「指定更新(介護予防)」欄を斜線で抹消してください。
 2 「その他の併設事業」欄は、本申請に係る事業以外に同一所在地における併設事業所がある場合に該当事業を「○」で囲んでください。

記入担当者氏名	
記入担当者連絡先	

様式第二号の次に次の一様式を加える。

様式第2号の2（第3条の2関係）

特例による指定を不要とする旨の申出書

年 月 日

福岡県知事 殿

申請者 所在地
法人名
代表者の職・氏名 印

次のとおり介護保険法第72条の2第1項に規定する特例による指定を不要とする旨を申し出ます。

事業所	名称
	所在地
管理者	氏名
	住所
申出に係る居宅サービスの種類	1 共生型訪問介護 2 共生型通所介護 3 共生型短期入所生活介護 4 共生型介護予防短期入所生活介護

備考 申出を行う居宅サービスについて、○印を付してください。

様式第三号から様式第八号までを次のように改める。

様式第3号（第4条関係）

変更届出書

年 月 日

福岡県知事 殿

所在地（住所）
事業（開設）者 名称（氏名）
代表者の職・氏名

印

○ 次のとおり指定（許可）を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

介護保険事業所番号

指定内容を変更した事業所（施設）		名称
		所在地
サービスの種類		
変更があった事項		変更の内容
1	事業所（施設）の名称	(変更前)
2	事業所（施設）の所在地	
3	事業（開設）者の名称・主たる事務所の所在地	
4	代表者の職・氏名、生年月日及び住所	
5	定款・寄附行為及びその登記事項証明書、条例等 (当該事業に関するものに限る。)	
6	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等	
7	備品 (訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業に限る。)	
8	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所 (介護老人保健施設及び介護医療院を除く。)	
9	サービス提供責任者の氏名及び住所	
10	運営規程	
11	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関	
12	事業所の種別	
13	提供する居宅療養管理指導の種類	
14	事業実施形態 (単独型、本体施設が特別養護老人ホームの場合の 空床利用型・併設型の別)	
15	入院患者又は入所者の定員	
16	福祉用具の保管及び消毒方法 (委託している場合にあつては、委託先の状況)	
17	併設施設の状況等	
18	役員の氏名、生年月日及び住所	
19	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	
20	その他	
変更年月日		年 月 日

備考1 該当項目番号に○を付してください。

2 変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第4号（第4条関係）

再開届出書

年 月 日

福岡県知事 殿

所在地（住所）

事業（開設）者 名称（氏名）

代表者の職・氏名

印

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号													
再開した事業所	名称													
	所在地													
サービスの種類														
再開した年月日	年	月	日											

事業の再開に係る届出にあつては、介護保険法施行規則に定める当該事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

様式第 4 号の 2 (第 4 条関係)

廃止 (休止) 届出書

年 月 日

福岡県知事 殿

所在地 (住所)
事業 (開設) 者 名称 (氏名)
代表者の職・氏名

印

次のとおり事業を廃止 (休止) するので届け出ます。

	介護保険事業所番号									
廃止 (休止) する事業所	名称									
	所在地									
サービスの種類										
廃止又は休止の別	廃止 ・ 休止									
廃止又は休止する年月日	年 月 日									
廃止又は休止する理由										
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置										
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日									

廃止又は休止する日の 1 月前までに届け出てください。

様式第5号（第5条関係）

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

福岡県知事 殿

所在地（住所）

事業（開設）者 名称（氏名）

代表者の職・氏名

印

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業所番号												
指定を辞退する施設	名称												
	所在地												
指定を受けた年月日	年			月			日						
指定を辞退する年月日	年			月			日						
指定を辞退する理由													
現に施設に入所している者に対する措置													

指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

様式第 6 号（第 6 条関係）

介護老人保健施設・介護医療院開設許可事項変更申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

所在地（住所）
 事業（開設）者 名称（氏名）
 代表者の職・氏名

印

次のとおり介護老人保健施設・介護医療院の開設許可事項の変更の許可を申請します。

		介護保険事業所番号											
申請に係る施設		名 称											
		所在地											
開設許可年月日		年			月			日					
変更年月日		年			月			日					
変更事項		変更の内容											
1	敷地面積	(変更前)											
2	建物構造												
3	施設の共用の場合の利用計画												
4	運営規程（職種・員数・職務内容・入所定員の増加に関する部分に限る。）	(変更後)											
5	協力病院の変更												

- 備考 1 該当項目番号に○を付してください。
 2 変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第7号（第7条関係）

介護老人保健施設・介護医療院管理者承認申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

所在地（住所）
 事業（開設）者 名称（氏名）
 代表者の職・氏名

印

次のとおり介護老人保健施設・介護医療院の管理者の承認を申請します。

	介護保険事業所番号										
申請に係る施設	名 称										
	所在地										
管理者になろうとする者の氏名、住所及び資格	氏 名										
	住 所										
	資 格										
申請理由	1 新規開設のため										
	2 管理者の変更のため										

- 備考1 管理者になろうとする者の経歴等を添付してください。
 2 「申請理由」欄については、該当項目番号に○を付してください。

様式第8号（第8条関係）

介護老人保健施設・介護医療院広告事項許可申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

所在地（住所）
事業（開設）者 名称（氏名）
代表者の職・氏名

印

次のとおり広告の許可を申請します。

	介護保険事業所番号																		
許可を受けようとする広告事項																			
広告の内容																			
広告の方法																			

附則

この規則は、公布の日から施行する。

選挙管理委員会**福岡県選挙管理委員会告示第六十六号**

政治資金規正法（昭和二十三年法律第九十四号）第六条第一項の規定による政治団体の届出について、松尾よしみつ後援会の代表者から修正の届出があったので、同法第七条の二第一項の規定に基づき公表した政治団体の設立届（平成二十九年十二月福岡県選挙管理委員会告示第百十六号）の一部を、次のとおり改める。

平成三十年六月一日

福岡県選挙管理委員会委員長 藤井克己

政治団体の設立届の(□) その他の政治団体（政党及び政治資金団体以外の政治団体）
(□)中、松尾よしみつ後援会の項を次のとおり改める。

松尾よしみつ後援会 村上 泉 田中 廣毅 福岡県春日市小倉三十二二二一 一九、七、二五

一〇一