

指定居宅サービス事業者、介護保険施設及び指定介護予防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ここに公布する。

令和5年9月29日

静岡県知事 川勝平太

静岡県規則第59号

指定居宅サービス事業者、介護保険施設及び指定介護予防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

指定居宅サービス事業者、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業者の指定等に関する規則（平成11年静岡県規則第58号）の一部を次のように改正する。

様式第1号付表1から付表15までを次のように改める。

指定訪問介護事業者

事業所	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
出張所等	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
事業所の種別 (共生型の場合)		指定居宅介護 ・ 重度訪問介護			
利用者数 (推定数)					人
管 理 者	フリガナ			住 所	(郵便番号 -)
	氏 名				
	生年月日				
	当該指定訪問介護事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合記入)				
	兼務する同一敷地内の他の事業所、施設等 (兼務の場合記入)			名 称	
			兼務する他の職務		
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				
*従業者の職種及び員数		訪 問 介 護 員 等		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; right: 0; bottom: 0; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div>	
		専 従	兼 務		
常勤 (人)					
非常勤 (人)					
常勤換算後の人数 (人)					
※基準上の必要人員 (人)					
※適合の可否					
添 付 書 類		別 添 の と お り			

備考

- 1 ※印の欄には、記入しないこと。
- 2 *印の欄は、出張所等がある場合に、事業所を含めて記入すること。
- 3 「事業所の種別 (共生型の場合)」欄は、該当するものを○で囲むこと。
- 4 「利用者数 (推定数)」欄は、共生型訪問介護の場合は、指定居宅介護又は重度訪問介護の利用者及び共生型訪問介護の利用者の数の合計を記入すること。
- 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 6 添付書類
 - (1) 申請者である法人の登記事項証明書又は条例等
 - (2) 事業所の平面図
 - (3) 事業所のサービス提供責任者の経歴を記載した書面

- (4) 運営規程
- (5) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面
- (6) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
- (7) 欠格事由に該当しないことを誓約する書面
- (8) 共生型訪問介護の場合にあつては、指定居宅介護又は重度訪問介護の指定に係る通知の写し
- (9) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

((1)、(2)、(4)及び(5)については、新規指定申請時に添付すること。なお、共生型訪問介護の場合は、(1)から(3)まで及び(5)については、指定居宅介護又は重度訪問介護の指定に係る申請の際、既に県へ提出している場合は添付を省略できる。)

指定訪問入浴介護・指定介護予防訪問入浴介護事業者

事業所	フリガナ 名称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
利用者数 (推定数)					人
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)
	氏名				
	生年月日				
	当該指定訪問入浴介護事業所又は当該指定介護予防訪問入浴介護事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合記入)				
	兼務する同一敷地内の他の事業所、施設等 (兼務の場合記入)			名称	
			兼務する他の職務		
従業者の職種及び員数		看護職員		介護職員	
		専従	兼務	専従	兼務
		常勤 (人)			
		非常勤 (人)			
		※基準上の必要人員 (人)			
※適合の可否					
協力医療機関	名称			診療科名	
	名称			診療科名	
添付書類		別添のとおり			

備考

- 1 ※印の欄には、記入しないこと。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 3 添付書類
 - (1) 申請者である法人の登記事項証明書又は条例等
 - (2) 事業所の平面図並びに設備及び備品の概要を記載した書面
 - (3) 運営規程
 - (4) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面
 - (5) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
 - (6) 協力医療機関との契約内容を記載した書面
 - (7) 欠格事由に該当しないことを誓約する書面
 - (8) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

(1)から(4)まで及び(6)については、新規指定申請時に添付すること。

指定訪問看護・指定介護予防訪問看護事業者

事業所	フリガナ 名称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	連絡先	電話番号		FAX番号					
出張所等	フリガナ 名称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	連絡先	電話番号		FAX番号					
病院、診療所又は指定（介護予防）訪問看護ステーションの別									
利用者数（推定数）		人							
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏名								
	生年月日								
	*職種								
	*当該指定訪問看護ステーション又は当該指定介護予防訪問看護ステーションで兼務する他の職務（兼務の場合記入）								
	*兼務する同一敷地内の他の事業所、施設等（兼務の場合記入）		名称						
		兼務する他の職務							
*同一敷地内に他の事業所、施設等がある場合、その名称									
従業者の職種及び員数	保健師		看護師		准看護師		理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士		
	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）								
	※基準上の必要人員（人）								
※適合の可否									
添付書類	別添のとおり								

備考

- ※印の欄には、記入しないこと。
- *印の欄は、指定訪問看護ステーション又は指定介護予防訪問看護ステーションの場合のみ記入すること。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 添付書類
 - 申請者である法人の登記事項証明書又は条例等
 - 事業所の平面図
 - 事業所の管理者の免許証の写し
 - 運営規程
 - 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面
 - 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
 - 病院にあっては使用許可証、診療所にあっては使用許可証又は届書、国の開設する病院又は診療所にあっては承認書又は通知

書の写し。ただし、この場合においては(3)の書類を要しない。

(8) 欠格事由に該当しないことを誓約する書面

(9) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

(1)から(5)まで及び(7)については、新規指定申請時に添付すること。

指定訪問リハビリテーション・指定介護予防訪問リハビリテーション事業者

事業所	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の別					
利 用 者 数 (推 定 数)					人
管 理 者	フリガナ			住 所	(郵便番号 -)
	氏 名				
	生年月日				
従業者の職種及び員数		医 師		理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	
		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 ※印の欄には、記入しないこと。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 3 添付書類
 - (1) 申請者である法人の登記事項証明書又は条例等
 - (2) 事業所の平面図
 - (3) 運営規程
 - (4) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面
 - (5) 病院にあっては使用許可証、診療所にあっては使用許可証又は届書、国の開設する病院又は診療所にあっては承認書又は通知書の写し
 - (6) 欠格事由に該当しないことを誓約する書面
 - (7) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面
 ((1)から(5)までについては、新規指定申請時に添付すること。)

指定居宅療養管理指導・指定介護予防居宅療養管理指導事業者

事業所	フリガナ 名 称					
	所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	病院、診療所又は薬局の別					
居宅療養管理指導の種類						
利 用 者 数 (推 定 数)					人	
管 理 者	フリガナ			住 所	(郵便番号 -)	
	氏 名					
	生年月日					
従業者の職種及び員数		医 師	歯科医師	薬剤師	歯科衛生士 (歯科衛生士が行う居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師及び准看護師を含む。)	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 ※印の欄には、記入しないこと。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 3 添付書類
 - (1) 申請者である法人の登記事項証明書又は条例等
 - (2) 事業所の平面図
 - (3) 運営規程
 - (4) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面
 - (5) 病院にあっては使用許可証、診療所にあっては使用許可証又は届書、国の開設する病院又は診療所にあっては承認書又は通知書の写し、薬局にあっては開設許可証の写し
 - (6) 欠格事由に該当しないことを誓約する書面
 - (7) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面
((1)から(5)までについては、新規指定申請時に添付すること。)

指定通所介護事業者

事業所	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	連絡先	電話番号		FAX番号					
出張所等	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	連絡先	電話番号		FAX番号					
事業所の種別 (共生型の場合)		1 指定生活介護			3 指定児童発達支援				
		2 指定自立訓練			4 指定放課後等デイサービス				
管 理 者	フリガナ 氏 名			住 所	(郵便番号 -)				
	生年月日								
	当該指定通所介護事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合記入)								
	兼務する同一敷地内の他の事業所、施設等 (兼務の場合記入)				名 称				
				兼務する他の職務					
実 施 単 位 数		単 位							
同時に指定通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業の第1号通所事業の提供を受けることができる利用者の数の上限		人							
単位別従業者の職種及び員数		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)									
※基準上の必要人員 (人)									
※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								
	単位ごとのサービスの提供時間	① 時 分 ~ 時 分				② 時 分 ~ 時 分			
	単位ごとの利用定員	① 人				② 人			
添 付 書 類		別 添 の と お り							

備考

- ※印の欄には、記入しないこと。
- 「事業所の種別 (共生型の場合)」欄は、該当するものを○で囲むこと。
- 「同時に指定通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業の第1号通所事業の提供を受けることができる利用者の数の上限」欄は、共生型通所介護の場合は、「同時に指定生活介護等及び共生型通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限」と読み替えること。

4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

5 添付書類

- (1) 申請者である法人の登記事項証明書又は条例等
- (2) 事業所の平面図（各室の用途を明示したもの）及び設備の概要を記載した書面
- (3) 運営規程
- (4) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面
- (5) 従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
- (6) 欠格事由に該当しないことを誓約する書面
- (7) 共生型通所介護の場合にあつては、指定生活介護等の指定に係る通知の写し
- (8) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

（(1)から(4)まで及び(7)については、新規指定申請時に添付すること。なお、共生型通所介護の場合は、(1)、(2)及び(4)については、指定生活介護等の指定に係る申請の際、既に県へ提出している場合は添付を省略できる。）

※受付番号	
-------	--

指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーション事業所

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -)								
	連絡先	電話番号			FAX番号					
病院、基準第111条第1項診療所、同条第2項診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の別										
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)				
	氏名									
	生年月日									
1日当たりの総利用者数(推定数)		人		実施単位数	単位					
単位別従業員の職種及び員数		医師		理学療法士		作業療法士				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
		常勤(人)								
		非常勤(人)								
		※基準上の必要人員(人)								
		※適合の可否								
		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			
		常勤(人)								
		非常勤(人)								
		※基準上の必要人員(人)								
		※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									
	単位毎のサービス提供時間	① 時 分 ~ 時 分			② 時 分 ~ 時 分					
	単位ごとの利用定員	① 人			② 人					
添付書類				別添のとおり						

備考

- 1 ※印の欄には、記入しないこと。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 3 添付書類
 - (1) 申請者である法人の登記事項証明書又は条例等
 - (2) 事業所の平面図(各室の用途を明示したもの)及び設備の概要を記載した書面
 - (3) 運営規程
 - (4) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面
 - (5) 従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
 - (6) 病院にあっては使用許可証、診療所にあっては使用許可証又は届書、国の開設する病院又は診療所にあっては承認書又は通知書の写し
 - (7) 欠格事由に該当しないことを誓約する書面

- (8) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面
(1)から(4)まで及び(6)については、新規指定申請時に添付すること。)

指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護事業者

事業所 (施設)	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	連絡先	電話番号		FAX番号					
管 理 者	フリガナ				住 所	(郵便番号 -)			
	氏 名								
	生年月日								
	当該指定短期入所生活介護事業所又は当該指定介護予防短期入所生活介護事業所で兼務する他の職務(兼務の場合記入)								
	兼務する同一敷地内の他の事業所、施設等(兼務の場合記入)				名 称				
				兼務する他の職務					
事業の実施形態		単独型 ・ 空床利用型 ・ 併設事業所型 (共生型の場合 空床利用型 ・ 併設事業所型)							
本体施設の種別									
事業の実施形態別の利用者数等		単独型		空床利用型		併設事業所型			
短期入所利用者数(推定数)		人		人		人			
従業者の職種及び員数		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
常勤(人)									
非常勤(人)									
常勤換算後の人員(人)		/							
※基準上の必要人員(人)									
※適合の可否									
		栄 養 士		機能訓練指導員		/			
		専 従	兼 務	専 従	兼 務				
常勤(人)									
非常勤(人)									
※基準上の必要人員(人)									
※適合の可否									
栄養士を配置していない場合の措置									
設 備 基 準 項 目				※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				
	利用者1人当たり床面積		㎡		㎡以上				
食堂と機能訓練室の合計面積			㎡		㎡以上				
廊 下	片廊下の幅		m		m以上				
	中廊下の幅		m		m以上				
協力医療 機関	名 称			診 療 科 名					
	名 称			診 療 科 名					
本体施設の入所等定員			人		短期入所利用定員		人		
添 付 書 類		別 添 の と お り							

備考

- ※印の欄には、記入しないこと。
- 「事業の実施形態」欄は、該当するものを○で囲むこと。

- 3 「本体施設の種別」欄は、空床利用型又は併設事業所型の場合に、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム等と記入すること。
- 4 「事業の実施形態別の利用者数等」欄は、共生型短期入所生活介護又は共生型介護予防短期入所生活介護の場合は、障害福祉サービスの指定短期入所の利用者及び共生型短期入所生活介護の利用者の数の合計を記入すること。
- 5 「従業員の職種及び員数」欄は、空床利用型の場合は当該特別養護老人ホームの従業者数を、併設事業所型の場合は指定短期入所生活介護事業所の従業者数に加えて本体施設の従業者数も記入すること。
- 6 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 7 指定介護老人福祉施設の指定申請を同時に行う場合は、この付表の提出は要しないこと。

8 添付書類

- (1) 申請者である法人の登記事項証明書又は条例等
- (2) 建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示したもの）並びに設備の概要を記載した書面
- (3) 運営規程
- (4) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面
- (5) 従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
- (6) 協力医療機関との契約の内容を記載した書面
- (7) 特別養護老人ホームにおいて行う場合にあつては、特別養護老人ホームの認可証等
- (8) 欠格事由に該当しないことを誓約する書面
- (9) 共生型短期入所生活介護の場合にあつては、障害福祉サービスの指定短期入所の指定に係る通知の写し
- (10) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

（(1)から(4)まで、(6)、(7)及び(9)については、新規指定申請時に添付すること。なお、共生型短期入所生活介護の場合は、(1)、(2)、(4)及び(6)については、障害福祉サービスの指定短期入所の指定に係る申請の際、既に県へ提出している場合は添付を省略できる。）

※受付番号

指定短期入所療養介護・指定介護予防短期入所療養介護事業所

事業所	フリガナ																
	名称																
	所在地	(郵便番号 -)															
	連絡先	電話番号			FAX番号												
事業所の種別	1 介護老人保健施設					4 療養病床を有する病院又は診療所											
	2 指定介護療養型医療施設					5 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院											
	3 介護医療院					6 診療所											
入院患者又は入所者の定員							人										
*入院患者の推定数							人										
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)										
	氏名																
	生年月日																
*従業者の職種及び員数		医師		作業療法士		看護職員		介護職員									
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務								
常勤(人)																	
非常勤(人)																	
常勤換算後の人員(人)		/															
※基準上の必要人員(人)																	
※適合の可否																	
										精神保健福祉士等		/					
										専従	兼務						
常勤(人)																	
非常勤(人)																	
※基準上の必要人員(人)																	
※適合の可否																	
設備基準項目				※基準上の必要数値			※適合の可否										
老人性認知症疾患療養病棟を有する病院の場合	病室	1病室の最大病床数		床	床以下												
		入院患者1人当たり床面積		m ²	m ² 以上												
	老人性認知症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の面積			m ²	m ² 以上												
ダイルーム及び面会室の面積			m ²	m ² 以上													
診療所の場合	病室	入院患者1人当たり床面積		m ²	m ² 以上												
添付書類			別添のとおり														

備考

- ※印の欄には、記入しないこと。
- 「事業所の種別」欄は、該当するものを○で囲むこと。
- *印の欄は、老人性認知症疾患療養病棟を有する病院又は診療所の場合に記入すること。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 添付書類

- (1) 申請者である法人の登記事項証明書又は条例等
 - (2) 建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示したもの）並びに設備の概要を記載した書面
 - (3) 運営規程
 - (4) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面
 - (5) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
 - (6) 病院にあつては使用許可証、診療所にあつては使用許可証又は届書、国の開設する病院又は診療所にあつては承認書又は通知書の写し
 - (7) 欠格事由に該当しないことを誓約する書面
 - (8) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面
- （(1)から(4)まで及び(6)については、新規指定申請時に添付すること。）

指定特定施設入居者生活介護・指定介護予防特定施設入居者生活介護事業者

事業所	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	連絡先	電話番号		FAX番号					
施設区分	1 有料老人ホーム			開設年月日					
	2 軽費老人ホーム			開設年月日					
	3 養護老人ホーム			開設年月日					
入居者の要件	1 介護専用型				サービスの提供形態	1 一般型			
	2 介護専用型以外					2 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								
	当該指定特定施設又は当該指定介護予防特定施設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、施設等 (兼務の場合記入)		名 称		兼務する他の職務				
利 用 者 数 (推 定 数)								人	
要介護者		人			要支援者		人		
従業者の職種及び員数		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)									
常勤換算後の人員 (人)									
※基準上の必要人員 (人)									
※適合の可否									
計画作成担当者				/					
		専 従	兼 務						
常勤 (人)									
非常勤 (人)									
※基準上の必要人員 (人)									
※適合の可否									
建物の構造及び概要	耐火建築物、準耐火建築物、その他の別								
協力医療機関	名 称			診療科名					
	名 称			診療科名					
入所定員									人
添付書類		別添のとおり							

備考

- ※印の欄には、記入しないこと。
- 「施設区分」欄、「入居者の要件」欄及び「サービスの提供形態」欄は、該当するものを○で囲むこと。
- 協力歯科医療機関がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記入すること。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 添付書類
 - 申請者である法人の登記事項証明書又は条例等
 - 建物の構造概要及び平面図 (各室の用途を明示したもの) 並びに設備の概要を記載した書面

- (3) 運営規程
 - (4) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面
 - (5) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
 - (6) 協力医療機関との契約の内容を記載した書面（協力歯科医療機関がある場合は、当該歯科医療機関との契約の内容を含む。）
 - (7) 外部サービス利用型の場合は、受託居宅サービス事業者（受託介護予防サービス事業者）が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地を記載した書面
 - (8) 欠格事由に該当しないことを誓約する書面
 - (9) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号を記載した書面
 - (10) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面
- （(1)から(4)まで、(6)及び(7)については、新規指定申請時に添付すること。）

指定福祉用具貸与・指定介護予防福祉用具貸与事業者

事業所	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
利 用 者 数 (推 定 数)					人
管 理 者	フリガナ		住 所	(郵便番号 -)	
	氏 名				
	生年月日				
	当該指定福祉用具貸与事業所又は当該指定介護予防福祉用具貸与事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合記入)				
	兼務する同一敷地内の他の事業所、施設等 (兼務の場合記入)			名 称	
			兼務する他の職務		
従業者の職種及び員数		専門相談員		/	
		専 従	兼 務		
常勤 (人)					
非常勤 (人)					
常勤換算後の人員 (人)					
※基準上の必要人員 (人)					
※適合の可否					
添 付 書 類		別 添 の と お り			

備考

- 1 ※印の欄には、記入しないこと。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 3 添付書類
 - (1) 申請者である法人の登記事項証明書又は条例等
 - (2) 事業所の平面図及び設備の概要を記載した書面
 - (3) 運営規程
 - (4) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面
 - (5) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
 - (6) 福祉用具の保管及び消毒の方法を記載した書面 (保管又は消毒を委託等により他の事業者に行わせる場合は、当該他の事業者の名称及び主たる事務所の所在地並びに委託等に関する契約の内容を記載した書面)
 - (7) 欠格事由に該当しないことを誓約する書面
 - (8) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

(1)から(4)まで及び(6)については、新規指定申請時に添付すること。)

指定特定福祉用具販売・指定特定介護予防福祉用具販売事業者

事業所	フリガナ 名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	連絡先	電話番号		F A X 番号
	利 用 者 数 (推 定 数)			
管理者	フリガナ		住 所	(郵便番号 -)
	氏 名			
	生年月日		当該指定特定福祉用具販売事業所又は当該指定特定介護予防福祉用具販売事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合記入)	
	兼務する同一敷地内の他の事業所、施設等 (兼務の場合記入)		名 称	
		兼務する他の職務		
従業者の職種及び員数		専門相談員		/
		専 従	兼 務	
常勤 (人)				
非常勤 (人)				
常勤換算後の人員 (人)				
※基準上の必要人員 (人)				
※適合の可否				
添 付 書 類		別 添 の と お り		

備考

- 1 ※印の欄には、記入しないこと。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 3 添付書類
 - (1) 申請者である法人の登記事項証明書又は条例等
 - (2) 事業所の平面図及び設備の概要を記載した書面
 - (3) 運営規程
 - (4) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面
 - (5) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
 - (6) 欠格事由に該当しないことを誓約する書面
 - (7) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面
 ((1)から(4)までについては、新規指定申請時に添付すること。)

指定介護老人福祉施設

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -)									
	連絡先	電話番号				FAX番号					
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)					
	氏名										
	生年月日				名称						
	兼務する同一敷地内の他の事業所、施設等（兼務の場合記入）									兼務する他の職務	
入所者数		人(推定数)			短期入所利用者数(併設事業所型の場合記入)			人(推定数)			
従業者の職種及び員数（介護老人福祉施設及び指定短期入所生活介護の従業者数）		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		
		常勤（人）									
		非常勤（人）									
		常勤換算後の人員（人）		/							
		※基準上の必要人員（人）									
		※適合の可否									
				栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		/	
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
				常勤（人）							
非常勤（人）											
※基準上の必要人員（人）											
※適合の可否											
栄養士を配置していない場合の措置											
協力医療機関	名称				診療科名						
	名称				診療科名						
設備基準項目		介護老人福祉施設				指定短期入所生活介護事業所					
		※基準上の必要数値		※適合の可否		※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		人	人以下				
	入所者1人当たり床面積		㎡	㎡以上		㎡	㎡以上				
食堂と機能訓練室の合計面積		㎡	㎡以上		㎡	㎡以上					
廊下	片廊下の幅		m	m以上		m	m以上				
	中廊下の幅		m	m以上		m	m以上				
入所（利用）定員			人			人					
添付書類			別添のとおり								

備考

- 1 ※印の欄には、記入しないこと。
- 2 指定短期入所生活介護を実施する場合は、指定短期入所生活介護に係る「設備基準項目」欄に記入すること。
- 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 4 添付書類
 - (1) 開設者である法人の登記事項証明書又は条例等
 - (2) 特別養護老人ホームの認可証等の写し
 - (3) 併設する施設がある場合にあつては、当該併設する施設の概要を記載した書面

- (4) 運営規程
 - (5) 協力医療機関との契約の内容を記載した書面（協力歯科医療機関がある場合は、当該歯科医療機関との契約の内容を含む。）
 - (6) 建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示したもの）並びに設備の概要を記載した書面
 - (7) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面
 - (8) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
 - (9) 法第86条第2項各号に該当しないことを誓約する書面
 - (10) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号を記載した書面
 - (11) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面
- （(1)から(7)までについては、新規指定申請時に添付すること。）

※受付番号

介護老人保健施設

施設	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	連絡先	電話番号		FAX番号				
管 理 者	フリガナ 氏 名			住 所	(郵便番号 -)			
	生年月日							
	兼務する同一敷地内の他の事業所、施設等 (兼務の場合記入)			名 称				
				兼務する 他の職務				
入所者数 (推定数)				人				
指定通所リハビリテーションの実施の有無		有・無		1日当たりの指定通所リハビリテーション利用者数 (推定数)		人		
指定短期入所療養介護の実施の有無		有・無						
従業者の職種及び員数		医 師		看護職員		介護職員		理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従
常勤 (人)								
非常勤 (人)								
常勤換算後の人員 (人)								
※基準上の必要人員 (人)								
※適合の可否								
		薬剤師		支援相談員		栄養士		介護支援専門員
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従
常勤 (人)								
非常勤 (人)								
※基準上の必要人員 (人)								
※適合の可否								
施設を共用する場合の利用計画 (共用する場合記入)								
設 備 基 準 項 目						※基準上の必要数値	※適合の可否	
療 養 室	1室当たりの最大定員		人		人以下			
	入所者1人当たり床面積		㎡		㎡以上			
機能訓練室の面積		㎡		㎡以上				
食堂の面積		㎡		㎡以上				
廊 下	片廊下の幅		m		m以上			
	中廊下の幅		m		m以上			
協力医 療機関	名 称			診 療 科 名				
	名 称			診 療 科 名				
入所定員				人				
添 付 書 類		別 添 の と お り						

備考

- ※印の欄には、記入しないこと。
- 「指定通所リハビリテーションの実施の有無」欄及び「指定短期入所療養介護の実施の有無」欄は、該当するものを○で囲むこと。
- 「施設を共用する場合の利用計画」欄は、共用する事業所の名称、事業の種類等を記入すること。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 添付書類

- (1) 開設者である法人の登記事項証明書又は条例等
 - (2) 敷地の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図
 - (3) 併設する施設がある場合にあっては、当該併設する施設の概要を記載した書面
 - (4) 建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示したもの）並びに施設及び構造設備の概要を記載した書面
 - (5) 運営規程
 - (6) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面
 - (7) 従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
 - (8) 協力医療機関との契約の内容を記載した書面（協力歯科医療機関がある場合は、当該歯科医療機関との契約の内容を含む。）
 - (9) 法第94条第3項各号に該当しないことを誓約する書面
 - (10) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号を記載した書面
 - (11) その他許可に関し必要と認める事項を記載した書面
- （(1)から(6)まで及び(8)については、新規指定申請時に添付すること。）

※受付番号

介護医療院

施設	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	連絡先	電話番号			FAX番号				
管 理 者	フリガナ				住 所	(郵便番号 -)			
	氏 名								
	生年月日				名 称				
	兼務する同一敷地内の他の事業所、施設等 (兼務の場合記入)				兼務する 他の職務				
入所者数 (推定数)					人				
指定通所リハビリテーションの実施の有無		有・無		1日当たりの指定通所リハビリテーション利用者数 (推定数)		人			
指定短期入所療養介護の実施の有無		有・無							
従業者の職種及び員数		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
常勤 (人)									
非常勤 (人)									
常勤換算後の人員 (人)									
※基準上の必要人員 (人)									
※適合の可否									
		理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士		栄養士		介護支援専門員		診療放射線技師	
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務
常勤 (人)									
非常勤 (人)									
※基準上の必要人員 (人)									
※適合の可否									
施設を共用する場合の利用計画 (共用する場合記入)									
設 備 基 準 項 目						※基準上の必要数値		※適合の可否	
療 養 室	1室当たりの最大定員	人			人以下				
	入所者1人当たり床面積	㎡			㎡以上				
機能訓練室の面積		㎡			㎡以上				
食堂の面積		㎡			㎡以上				
廊 下	片廊下の幅	m			m以上				
	中廊下の幅	m			m以上				
協力医 療機関	名 称				診 療 科 名				
	名 称				診 療 科 名				
入所定員					人				
添 付 書 類		別 添 の と お り							

備考

- ※印の欄には、記入しないこと。
- 「指定通所リハビリテーションの実施の有無」欄及び「指定短期入所療養介護の実施の有無」欄は、該当するものを○で囲むこと。
- 「施設を共用する場合の利用計画」欄は、共用する事業所の名称、事業の種類等を記入すること。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

5 添付書類

- (1) 開設者である法人の登記事項証明書又は条例等
- (2) 敷地の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図
- (3) 併設する施設がある場合にあつては、当該併設する施設の概要を記載した書面
- (4) 建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示したもの）並びに施設及び構造設備の概要を記載した書面
- (5) 運営規程
- (6) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面
- (7) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
- (8) 協力医療機関との契約の内容を記載した書面（協力歯科医療機関がある場合は、当該歯科医療機関との契約の内容を含む。）
- (9) 法第107条第3項各号に該当しないことを誓約する書面
- (10) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号を記載した書面
- (11) その他許可に関し必要と認める事項を記載した書面

（(1)から(6)まで及び(8)については、新規指定申請時に添付すること。）

様式第1号の2を次のように改める。

様式第1号の2（第2条の2関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

※受付番号

指定（許可）更新申請書

年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

申請者 住所 （法人にあっては、その主たる事務所の所在地）
氏名 （法人にあっては、その名称及び代表者の氏名）

介護保険法第70条の2第1項（同法第115条の11において準用する場合を含む。）（第86条の2第1項、第94条の2第1項、第108条第1項、健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1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26条の規定による改正前の介護保険法第107条の2第1項）の規定により、申請します。

※事業所（施設）所在地市町村番号

申請（開設）者	フリガナ										
	名称										
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
	代表者の職名、氏名及び生年月日	職名		フリガナ			生年月日				
	代表者の住所	(郵便番号 -)									
事業所（施設）	所在地	(郵便番号 -)									
	同一所在地において行う事業等の種類	居宅・施設サービス 更新事業			介護予防サービス 更新事業			付表番号			
	訪問介護							付表1			
	訪問入浴介護							付表2			
	訪問看護							付表3			
	訪問リハビリテーション							付表4			
	居宅療養管理指導							付表5			
	通所介護							付表6			
	通所リハビリテーション							付表7			
	短期入所生活介護							付表8			
	短期入所療養介護							付表9			
	特定施設入居者生活介護							付表10			
	福祉用具貸与							付表11			
	特定福祉用具販売							付表12			
	介護老人福祉施設							付表13			
介護老人保健施設							付表14				
介護医療院							付表15				
更新事業の指定（許可）有効期間満了年月日					年 月 日						
介護保険事業所番号					電子メールアドレス						

備考

- 1 ※印の欄には、記入しないこと。
- 2 「更新事業」欄は、今回の更新申請に係る事業について、該当する欄に○を記入すること。
- 3 「更新事業の指定（許可）有効期間満了年月日」欄は、今回の更新申請に係る事業の現在受けている指定（許可）の有効期間満了年月日を記入すること。
- 4 「電子メールアドレス」欄は、県から事業所への連絡等を受信する際に用いる電子メールアドレスを記入すること。

様式第2号及び様式第3号を次のように改める。

申出書

年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

申出者 住所 法人にあっては、その主たる事務所の所在地
 氏名 法人にあっては、その名称及び代表者の氏名

介護保険法第71条第1項ただし書（同法第115条の11において準用する場合を含む。）（第72条第1項ただし書（同法第115条の11において準用する場合を含む。））、法第72条の2第1項ただし書、法第115条の2の2第1項ただし書）の規定により、指定を不要とする旨を申し出ます。

病 院 等	名 称											
	開 設 の 場 所 (所 在 地)	(郵便番号 —)										
管 理 者	氏 名											
	住 所	(郵便番号 —)										
申出に係る居宅サービス等の種類	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 訪問看護</td> <td style="width: 50%;">6 介護予防訪問看護</td> </tr> <tr> <td>2 訪問リハビリテーション</td> <td>7 介護予防訪問リハビリテーション</td> </tr> <tr> <td>3 居宅療養管理指導</td> <td>8 介護予防居宅療養管理指導</td> </tr> <tr> <td>4 通所リハビリテーション</td> <td>9 介護予防通所リハビリテーション</td> </tr> <tr> <td>5 短期入所療養介護</td> <td>10 介護予防短期入所療養介護</td> </tr> </table>		1 訪問看護	6 介護予防訪問看護	2 訪問リハビリテーション	7 介護予防訪問リハビリテーション	3 居宅療養管理指導	8 介護予防居宅療養管理指導	4 通所リハビリテーション	9 介護予防通所リハビリテーション	5 短期入所療養介護	10 介護予防短期入所療養介護
1 訪問看護	6 介護予防訪問看護											
2 訪問リハビリテーション	7 介護予防訪問リハビリテーション											
3 居宅療養管理指導	8 介護予防居宅療養管理指導											
4 通所リハビリテーション	9 介護予防通所リハビリテーション											
5 短期入所療養介護	10 介護予防短期入所療養介護											

備考 「申出に係る居宅サービス等の種類」欄は、該当する番号を○で囲むこと。

様式第3号（第4条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

変更届出書

年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

届出者 住所 [法人にあっては、その主たる事務所の所在地]
氏名 [法人にあっては、その名称及び代表者の氏名]

介護保険法第75条（第89条、第99条、第113条、第115条の5、健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1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26条の規定による改正前の介護保険法第111条）の規定により、変更を届け出ます。

事業所（施設）	介護保険事業所番号									
	名称	所在地（郵便番号 - ）								
事業等の種類										
変更事項	変更内容									
1 事業所（施設）の名称及び所在地（出張所等を含む。）	(変更前)									
2 申請者（開設者）の名称及び主たる事務所の所在地										
3 代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所										
4 申請者（開設者）である法人の登記事項証明書又は条例等										
5 事業所（施設）の種別										
6 居宅療養管理指導の種類										
7 事業実施の形態（本体施設が特別養護老人ホームの場合の単独型、空床利用型、併設型）										
8 入院患者の定員、入所者の定員、事業開始時の利用者の推定数等										
9 事業所の平面図並びに設備及び備品の概要										
10 建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示したもの）並びに設備の概要	(変更後)									
11 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所										
12 事業所のサービス提供責任者の氏名、生年月日及び住所										
13 事業所のサービス提供責任者の経歴										
14 運営規程										
15 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容（協力歯科医療機関の場合は、その名称及び当該歯科医療機関との契約の内容）										
16 福祉用具の保管及び消毒方法（委託等により他の事業者に行わせる場合は、その事業所の名称、主たる事務所の所在地及び委託等の契約の内容）										
17 併設する施設がある場合は、併設施設の概要										
18 介護支援専門員の氏名及び登録番号										
変更年 月 日	年 月 日									

備考

- 1 変更事項の該当項目番号を○で囲むこと。
- 2 変更内容が分かる書類を添付すること。なお、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護において、利用者の定員の増加に伴うものにあつては、従業者の勤務の体制及び勤務体制を記載した書類を添付すること。
- 3 管理者の変更又は役員の変更に伴うものにあつては、欠格事由に該当しないことを誓約する書面を添付すること。

様式第4号中

「

事業所（施設）	名称	
	所在地	（郵便番号　－　）
	電話番号	

」

を

「

事業所（施設）	名称	
	所在地	（郵便番号　－　）

」

に改める。

様式第5号中

「

施設	名称	
	所在地	（郵便番号　－　）
	電話番号	

」

を

「

施設	名称	
	所在地	（郵便番号　－　）

」

に改める。

様式第6号中

「

施 設	名 称	
	所 在 地	(郵便番号 -)
	電 話 番 号	

」

を

「

施 設	名 称	
	所 在 地	(郵便番号 -)

」

に改める。

様式第7号中

「

施 設	名 称	
	所 在 地	(郵便番号 -)
	電 話 番 号	

」

を

「

施 設	名 称	
	所 在 地	(郵便番号 -)

」

「1 新規開設のため

「1 新規開設のため

に、 2 管理者の変更のため を 2 管理者の変更のため に改める。

3 その他 」

」

様式第10号中 届出者 住所 氏名 〔法人にあつては、その主たる事務所の所在地〕 氏名 〔法人にあつては、その名称及び代表者の氏名〕 を 事業者 名称 代表者氏名 に、

」

」

「住所 〔主たる事務所の
(主たる事務所を所在地に、
の所在地)〕

5 区分 変更	区分変更前行政機関名称、担当部（局）課													
	事業者（法人）番号													
	区分変更の理由													
	区分変更後行政機関名称、担当部（局）課													
	区分変更日	年 月 日												

を

5 区分 変更	区分変更前行政機関名称、担当部（局）課													
	事業者（法人）番号													
	区分変更の理由													
	区分変更後行政機関名称、担当部（局）課													
	区分変更日	年 月 日												

連絡先	所属		メール アドレス		電話 番号	
	フリガナ	-----				
	氏名					

に改め、同様式備考に次のように加える。

12 「連絡先」には、届出先の行政機関から記載内容等について連絡を行う場合があるため、この届出に係る連絡先を記入すること。

様式第11号中 届出者 住所 氏名 「法人にあっては、その主たる事務所の所在地」 「法人にあっては、その名称及び代表者の氏名」 を 事業者 名称 代表者氏名 に、

(変更後)

を

(変更後)

連絡先	所属		メール アドレス		電話 番号	
	フリガナ	-----				
	氏名					

に改め、同様式備考に次のように加える。

6 「連絡先」には、届出先の行政機関から記載内容等について連絡を行う場合があるため、この届出に係る連絡先を記入すること。

附 則

- 1 この規則は、令和5年10月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に改正前の指定居宅サービス事業者、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業者の指定等に関する規則（以下「旧規則」という。）の様式により提出されている申請書は、改正後の指定居宅サービス事業者、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業者の指定等に関する規則の相当する様式により提出された申請書とみなす。
- 3 この規則の施行の際現に旧規則の様式により作成されている用紙は、当分の間、調整して使用することができる。