

介護保険事業者 指定（許可）申請の手引き

令和6年12月版

福島県保健福祉部高齢福祉課

介護保険事業者指定（許可）申請の手引き

目 次

第1部 指定申請の概要

- 1 指定申請の流れ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 1
- 2 介護サービス情報公表システムにおける情報提供について・・・・ P 2
- 3 指定要件等
 - (1) 指定の要件・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 3
 - (2) 指定の単位・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 3
 - (3) 指定の特例・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 4
- 4 申請様式等について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 4
- 5 手数料について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 4
- 6 指定申請に係る提出・問い合わせ先・・・・・・・・・・・・・・・・ P 4

第2部 指定申請書類一覧・・・・・・・・・・・・・・・・ P 6

第3部 指定申請書類の内容（全サービス共通事項）

- 1 指定（許可）申請書（様式第一（一））・・・・・・・・ P 8
- 2 指定（許可）申請書の「付表」・・・・・・・・ P 10
- 3 申請に係る提出書類一覧・・・・・・・・ P 10
- 4 添付書類・・・・・・・・ P 13

第4部 指定後の届出事項等

- 1 業務管理体制に関する届出・・・・・・・・ P 18
- 2 協力医療機関に関する届出書・・・・・・・・ P 23
- 3 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書・・・・・・・・ P 25
- 4 変更届・・・・・・・・ P 28
- 5 廃止・休止・再開届・・・・・・・・ P 29
- 6 更新申請・・・・・・・・ P 29
- 7 変更届出書類一覧・・・・・・・・ P 30

第5部 指定の特例等

- 1 みなし指定
 - (1) みなし指定が適用となる場合・・・・・・・・ P 32
 - (2) 「指定を不要とする旨の申出書」について・・・・ P 33
- 2 基準該当サービス・・・・・・・・ P 36
- 3 共生型サービス・・・・・・・・ P 37
- 4 「公設民営」の事業所（施設）における「申請者」について・・・・ P 39

第6部 指定の制限等

- 1 居宅サービス等の指定にかかる市町村への意見照会等について・・・P40

第7部 電子申請届出システムによる申請

- 1 電子申請届出システムについて・・・・・・・・・・・・・・・・P42

第 1 部 指定（許可）申請の概要

1 指定申請の流れ

| 実施項目 | 期 日 | 説 明 |
|--|---|---|
| 事前相談 ↓ 申請準備 ↓ 申請書類 の作成 ↓ | 随時受付 ※必ず事前に電 話連絡の上、県 担当者と面談日 時を予約して来 所ください。 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護保険事業者の指定※を受けるためには、申請者の要件（法人格の取得、事業目的の明確化等）のほか、サービスの種類ごとに厚生労働省令又は条例で定める人員や設備、運営に関する基準等を満たしていなければなりません。 ○ 指定申請に当たっては、事前に、必要な手続きや人員の手配、設備面の整備、申請書類の作成など、様々な準備を行う必要があります。 ※ 都市計画法、建築基準法、消防法等関係法令の担当部署と事前に協議し、必要な手続について確認してください。 ○ 申請内容の説明や相談は随時、受け付けていますので、申請する前に必ず連絡ください。 ○ 市町村介護保険事業計画との調整を図るため、所在市町村に対しても必要に応じて相談を行うようお願いいたします（参考第6部 p38）。 ○ 通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護の指定を受ける場合は事前に図面協議が必要です。 |
| ↓ 申請書類 の提出 ↓ | 指定を受ける予定 月の 前々月の 20日まで | <ul style="list-style-type: none"> ○ 指定申請書類は、指定を受けようとする月の前々月の 20日までに提出してください。 ○ 書類は2部（正副各1部）提出してください。副本は正本をコピーしたもので結構です。正副共に印鑑不要です。 ○ 指定申請は、同一法人であっても、事業所（施設）ごとに行う必要があります。 ○ 申請者控えとして、申請書類一式の写しを必ず保管してください。 ○ 原則、申請時点において、指定にかかる人員要件や設備要件を具備していることが必要です。 |
| ↓ 審 査 現地確認 ↓ | 指定を受ける予定 月の前月まで | <ul style="list-style-type: none"> ○ 申請内容が指定基準等に適合しているか確認するため、書類審査を行います。 ○ 施設・通所系サービスは現地確認を行います。 その他居宅サービスにおいても現地確認を行う場合があります。 |
| ↓ 指 定 ↓ | 毎月1日 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 毎月1日付けで指定します。 ○ 指定時に指令書を送付します。 ○ 指定の有効期間は6年間です。有効期間を終了する前に、更新申請が必要です。 |
| ↓ 公 示 情報提供 | 指定後 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 指定事業者名、事業所名、所在地を県ホームページに掲載して公示します。 ○ 福島県介護保険事業者台帳へ事業者情報を登録し、福島県国民健康保険団体連合会へ情報提供します。 |

※介護老人保健施設及び介護医療院については以下、「許可」と読み替える。

2 介護サービス情報公表システムにおける情報提供について

利用者が介護サービスや事業所・施設を比較・検討して適切に選ぶため、介護保険事業者の事業所情報を介護サービス情報公表システム (<http://www.kai gokensaku.mhlw.go.jp/>) というインターネット上のサイトで公表しています。



新規指定された事業所には、指定後に事業所情報を介護サービス情報報告システム (<https://www.kai gokensaku.mhlw.go.jp/houkoku/07/>) に入力するよう通知します。情報報告システムに入力された内容について、県で介護サービス情報公表システムに公表します。



3 指定（許可）要件等

(1) 指定（許可）の要件

介護保険法上の指定事業者となるためには、事業所（施設）ごと、サービスの種類ごとに以下の要件を満たしている必要があります。

- ① 原則として申請者が「法人」であり、定款等で当該事業実施が明確であること。
※ 申請者が、個人による経営が認められている病院、診療所、薬局の場合は、法人格不要。
- ② 「人員基準」を満たしていること。
- ③ 「設備・運営の基準」に従って、適正な事業運営ができること。
- ④ 申請者やその役員等が、介護保険法上の欠格事由に該当しない者であること。

指定申請に当たっては、上記要件を満たしていることが分かる書類等を提出し、これらについて県の書類審査及び現地確認等を受けることとなります。なお、「人員基準」や「設備・運営の基準」は、サービスの種類ごとに異なりますので注意してください。

各サービスの指定基準

| 介護サービス | 指定基準 |
|----------|--|
| 居宅サービス | 福島県指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成二十四年十二月二十八日福島県条例第八十号） |
| 介護老人福祉施設 | 福島県指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成二十四年十二月二十八日福島県条例第八十一号） |
| 介護老人保健施設 | 福島県介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例（平成二十四年十二月二十八日福島県条例第七十八号） |
| 介護医療院 | 福島県介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例（平成三十年三月二十三日福島県条例第二十三号） |
| 介護予防サービス | 福島県指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例（平成二十四年十二月二十八日福島県条例第八十二号） |

上記基準については、以下のページで確認できます。

福島県高齢福祉課 <http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21025d/sekoukisoku.html>

(2) 指定の単位

事業所（施設）の指定は、「事業所（施設）」を単位に、原則としてサービス提供の拠点ごとに行われます。

例外として、当該事業所の所在地以外の場所にあり、当該事業所の一部として使用される事務所や当該事業の一部を行う施設（「サテライト事業所」という。以下同じ）については、一体的なサービス提供の単位として当該事業所に含めて指定を受けることができます。

具体的には、次の場合が該当します。

- ① 訪問介護、訪問看護及び訪問リハビリテーションにおいて、待機や道具保管、着替え等を行う出張所等であって、所定の要件を満たす場合。
- ② 通所介護において、利用者の利便性のため、利用者に身近な既存施設等に出向いてサービス提供する場合等。

詳細は、HP「介護保険事業所関係通知」から、「サテライト事業所の設置に係る取扱指針」**(R4.4.1改訂版)**をご確認ください。

(3) 指定の特例

ア みなし指定

事業者指定の特例として指定があったものとみなされる場合があります。この場合、当該サービスに係る指定申請は必要ありませんが、介護給付費算定に当たっては、体制届の提出が必要となります。詳しくは、P32をご覧ください。

イ 基準該当サービス

指定要件の一部を満たさない事業者であっても、一定水準を満たすサービス提供を行う事業者について、市町村判断により、保険給付の対象とされる場合があります。詳しくは、P36をご覧ください。

ウ 共生型サービス

障害福祉制度の居宅サービスの指定を受けている事業所が、原則として介護保険の居宅サービスの指定を受けることができる特例です。詳しくは、P37をご覧ください。

4 申請様式等について

申請に必要な様式等については、福島県高齢福祉課のホームページに掲載していますので、ダウンロードしてください。

福島県高齢福祉課→介護保険関係→介護保険事業者指定関係手続について→様式ライブラリのページへ

(様式ライブラリのURL)

<http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21025d/youshiki-library.html>

5 手数料について

介護医療院及び介護老人保健施設の手続きについては、次のとおり手数料が必要です。

- ・新規許可申請：介護医療院（介護老人保健施設）開設許可手数料として**63,000円**
- ・変更許可申請（構造設備の変更を伴うものに限る）：介護医療院（介護老人保健施設）変更許可手数料として**33,000円**

手数料は福島県収入証紙（印紙ではありません）により申請書の提出と併せて納付してください。

6 指定申請に係る提出・問い合わせ先

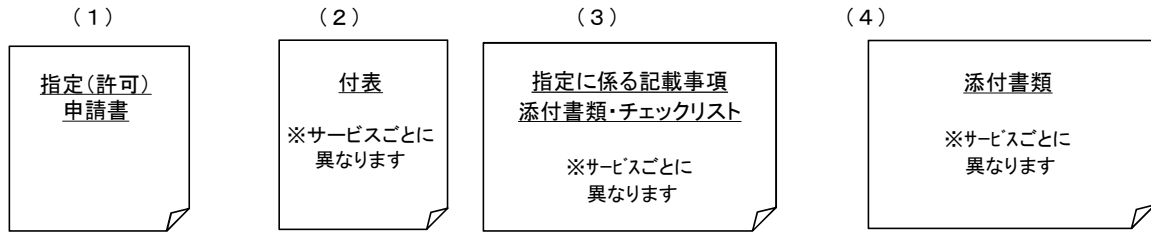
指定申請に関する書類の提出先は事業所（施設）の所在市町村を所管する県保健福祉事務所です。

問い合わせは本手引きの最終ページを確認ください。

第2部 指定申請書類一覽

1. 指定申請書類一覧

指定申請書類は下記一覧表のとおりです。
各書類の詳細は、それぞれの「参考ページ」をご覧ください。



| サービスの種類 指定申請書類 | 参考ページ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ | ⑧ | ⑨ | ⑩ | ⑪ | ⑫ | ⑬ | ⑭ | ⑮ |
|-----------------------------|------------------------------|----------|------------|------------|------------|------------|----------|------------|----------------|-------------|------------|------------|------------|-----------|------------|-----------|
| | | 訪問介護 | (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)居宅療養 | 通所介護 | (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)福祉貸与 | (介護予防)福祉販売 | 介護老人福祉施設 | 介護老人保健施設注9 | 介護医療院 |
| (1) 指定(許可)申請書 (様式第一号(一)) | P8 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○注8 | ○注8 |
| (2) 付表 | P10 | 付表第一号(一) | 付表第一号(二) | 付表第一号(三) | 付表第一号(四) | 付表第一号(五) | 付表第一号(六) | 付表第一号(七)注5 | 付表第一号(八)(九)(十) | 付表第一号(十一)注5 | 付表第一号(十二) | 付表第一号(十三) | 付表第一号(十四) | 付表第一号(十五) | 付表第一号(十六) | 付表第一号(十七) |
| (3) 指定申請に係る提出書類一覧 | P10 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| (4) 添付書類 | 1 申請者(開設者)の登記事項証明書又は条例等 | P13 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 2 病院・診療所・薬局等の開設・使用許可証の写し | P13 | / | / | ○注1 | ○注1 | ○注2 | / | ○注1 | ○注1 | / | / | / | / | / | / |
| | 3 特別養護老人ホームの認可証の写し | P13 | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | ○ | / | / |
| | 4 障害者総合支援法等の指定を受けていることを証する書類 | P13 | ○注7 | / | / | / | / | ○注7 | ○注7 | / | / | / | / | / | / | / |
| | 5 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表 | P13 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○注5 | ○注5 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 6 介護支援専門員一覧 | P14 | / | / | / | / | / | / | / | / | / | ○ | / | / | ○ | ○ |
| | 7 従業員の資格を証する書類 | P14 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○注5 | ○注5 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 8 管理者の免許証の写し | P14 | / | / | ○注3 | / | / | / | / | / | / | / | / | / | ○注6 | ○注6 |
| | 9 サービス提供責任者経歴書 | P14 | ○ | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | 10 生活相談員経歴書 | P14 | / | / | / | / | / | ○注4 | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | 11 事業所(施設)の平面図・見取り図 | P15 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○注5 | ○注5 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 12 事業所の設備・備品等に係る項目一覧表 | P15 | / | ○ | / | / | / | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 13 併設する施設の概要 | P15 | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | ○ | ○ |
| | 14 施設を供用する場合の利用計画 | P15 | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | ○ | ○ |
| | 15 運営規程 | P15 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○注5 | ○注5 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 16 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | P15 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

- 指定（許可）申請書類は、申請を行う「事業所（施設）」ごとに作成してください。
- ただし、同一サービス種別の「居宅サービス」と「介護予防サービス」（例えば、訪問入浴と介護予防訪問入浴）を一体的に運営するため、双方のサービスの指定申請を同時に行う場合は、両方併せて指定申請書類を作成できます。

| サービスの種類 指定申請書類 | | 参考ページ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ | ⑧ | ⑨ | ⑩ | ⑪ | ⑫ | ⑬ | ⑭ | ⑮ |
|-------------------|--|-------|------|-------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|-------|
| | | | 訪問介護 | (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) 居宅療養 | 通所介護 | (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) 福祉貸与 | (介護予防) 福祉販売 | 介護老人福祉施設 | 介護老人保健施設 | 介護医療院 |
| 17 | 協力医療機関との契約の内容 | P16 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 18 | 受託居宅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 | P16 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 19 | 福祉用具の保管・消毒方法 (委託の場合は委託契約書の写し) | P16 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 20 | 誓約書 | P16 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21 | 訪問入浴車の車検証の写し及び写真 | P16 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 22 | 送迎車の車検証の写し | P16 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 23 | 事業所（施設）の検査済証、確認済証又は工事完了届の写し | P17 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 24 | 消防用設備検査済証等の写し | P17 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 25 | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書及び介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 | P17 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 注5 | ○ | 注5 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 26 | 社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票 | P17 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

注1：事業所が病院又は診療所である場合に限り提出する。
⑦及び⑨について、介護老人保健施設又は介護医療院において行う場合は介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可証の写しを添付する。

注2：事業所が病院、診療所又は薬局である場合に限り提出する。

注3：事業所が病院又は診療所である場合を除く。

注4：通所・入所系サービスで介護・相談業務に5年以上従事した経験のある介護福祉士を生活相談員とする場合のみ。

注5：医療みなし指定の場合でも、事前に提出が必要になるもの。

注6：指定申請と併せて「介護医療院管理者承認申請書」の提出が必要です。

注7：障害福祉サービス等の指定を既にうけており、訪問介護、通所介護、（介護予防）短期入所生活介護の共生型サービスの指定を受けようとする場合に必要。

注8：申請書の提出と併せて許可手数料63,000円を福島県収入証紙で納付してください。

注9：介護老人保健施設については、このほかに「土地、建物登記簿謄本」「重要事項説明書、利用者との契約書」「各種指針（事故発生防止、緊急時の連絡体制等）」「揭示物（運営規程の概要等）」「食品衛生法に基づく営業許可の写し又は健康増進法に基づく給食施設設置届出書の写し」が必要です。

第3部 指定申請書類の内容 (全サービス共通事項)

1 指定（許可）申請書（様式第一号（一））

- 全サービス共通の指定申請様式です。
- ◎ 次の事項に留意するとともに、記入例を参考にしてください。

| 記入項目 | | 記入上の留意事項 |
|-------------------------------|--|--|
| 欄外 | 年月日 | ・ 指定申請書の提出年月日を記入する。 |
| | 申請者 | ・ 法人の住所、名称、代表者の職・氏名を記入する。 ・ 申請者名の記入内容は、登記内容と一致していること。 |
| 「申請者」欄 | 名称 | ・ 申請者の名称を記入する（ <u>事業所・施設名ではありません</u> ）。 |
| | 主たる事業所の所在地 | ・ 法人の住所、郵便番号を記入する。 |
| | 連絡先 | ・ 法人の電話番号、FAX番号、メールアドレスを記入する。 |
| | 代表者の職名・氏名・生年月日 | ・ 法人の代表者としての職名（理事長、代表取締役、代表社員等）、氏名、生年月日を記入する。 |
| | 代表者の住所 | ・ 法人の代表者個人の住所を記入する。 |
| 「指定（許可）を受けようとする事業所・施設の種類の種類」欄 | 同一所在地において行う事業等の種類 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 当該申請に係るサービスの種類の「指定（許可）申請対象事業等」欄に○をつけ、「指定（許可）申請する事業等の事業開始予定年月日」欄に、当該サービスの事業開始予定年月日（＝指定予定年月日）を記入する。 ・ 同一敷地内において、他のサービスの事業も同時に指定申請している場合は、同様に「指定（許可）申請対象事業等」欄に○を記入し、「指定（許可）申請する事業等（事業開始予定年月日）」欄に、当該サービスの事業開始予定年月日（＝指定予定年月日）を記入する。 ・ 同一敷地内において、既に指定を受けている他のサービスの事業がある場合は、当該サービスの種類の「既に指定（許可）を受けている事業等（指定（許可）年月日）」欄に○を記入する。 |
| 介護保険事業所番号 | ・ 同一の敷地で既に指定を受けている場合で、 <u>当該申請に係るサービスにおいても同じ事業所番号を使用する場合に記入。（この場合、事業所名は同一となります。）</u> | |
| 医療機関等コード | ・ 保険医療機関において指定居宅サービスを実施する場合、 <u>当該病院や診療所等に付与されている保険医療機関コードを記入する。</u> | |

記入例

指定居宅サービス事業所
介護保険施設
指定介護予防サービス事業所

指定(許可)申請書

令和〇年〇月〇〇日

知事(市長)殿

所在地 福島県福島市杉妻町〇-〇

申請者 名称 株式会社 杉妻介護サービス

代表者職名・氏名 代表取締役 杉妻 一男

介護保険法に規定する事業所(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。

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|-------------------------------------|---|-----------------------|---------------------------|------------------------|----------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 法人番号 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 申請者 | フリガナ | カブシキガイシャ スギツマカイゴサービス | | | | | | | | | | | | | | |
| | 名称 | 株式会社 杉妻介護サービス | | | | | | | | | | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 960 - 9999) | | 福島 | 都道 | 福島 | 市区 | 杉妻町〇-〇 | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 024-000-000 | (内線) | 123 | FAX番号 | 024-000-000 | | | | | | | | | |
| | 法人等の種類 | 営利法人 | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者(開設者)の職名・氏名・生年月日 | 職名 | 代表取締役 | フリガナ | スギツマ カズオ | 生年月日 | 昭和〇年〇月〇日 | | | | | | | | | | |
| | 住所 | (郵便番号 960 - 9999) | | 福島 | 都道 | 福島 | 市区 | 杉妻町〇-1 | | | | | | | | |
| 法人の吸収合併又は吸収分割における指定(許可)申請時に <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類 | 同一所在地において行う事業等の種類 | <input checked="" type="checkbox"/> | 共生型サービス申請時に <input checked="" type="checkbox"/> | 指定(許可)申請対象事業等(該当事業に〇) | 既に指定(許可)を受けている事業等(該当事業に〇) | 指定(許可)申請をする事業等の開始予定年月日 | 様式 | | | | | | | | | |
| | 訪問介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | | 〇 | | 令和〇年〇月〇日 | 付表第一号(一) | | | | | | | | | |
| | 訪問入浴介護 | | | | | | 付表第一号(二) | | | | | | | | | |
| | 訪問看護 | | | | | | 付表第一号(三) | | | | | | | | | |
| | 訪問リハビリテーション | | | | | | 付表第一号(四) | | | | | | | | | |
| | 居宅療養管理指導 | | | | | | 付表第一号(五) | | | | | | | | | |
| | 通所介護 | <input type="checkbox"/> | | | | | 付表第一号(六) | | | | | | | | | |
| | 通所リハビリテーション | | | | | | 付表第一号(七) | | | | | | | | | |
| | 短期入所生活介護 | <input type="checkbox"/> | | | | | 付表第一号(八)(九)(十) | | | | | | | | | |
| | 短期入所療養介護 | | | | | | 付表第一号(十一) | | | | | | | | | |
| | 特定施設入居者生活介護 | | | | | | 付表第一号(十二) | | | | | | | | | |
| | 福祉用具貸与 | | | | | | 付表第一号(十三) | | | | | | | | | |
| | 特定福祉用具販売 | | | | | | 付表第一号(十四) | | | | | | | | | |
| | 介護老人福祉施設 | | | | | | 付表第一号(十五) | | | | | | | | | |
| | 介護老人保健施設 | | | | | | 付表第一号(十六) | | | | | | | | | |
| | 介護医療院 | | | | | | 付表第一号(十七) | | | | | | | | | |
| | 指定居宅サービス | 介護予防訪問入浴介護 | | | | | 付表第一号(二) | | | | | | | | | |
| | 指定介護予防サービス | 介護予防訪問看護 | | | | | 付表第一号(三) | | | | | | | | | |
| | | 介護予防訪問リハビリテーション | | | | | 付表第一号(四) | | | | | | | | | |
| | | 介護予防居宅療養管理指導 | | | | | 付表第一号(五) | | | | | | | | | |
| | 介護予防通所リハビリテーション | | | | | 付表第一号(七) | | | | | | | | | | |
| | 介護予防短期入所生活介護 | <input type="checkbox"/> | | | | 付表第一号(八)(九)(十) | | | | | | | | | | |
| | 介護予防短期入所療養介護 | | | | | 付表第一号(十一) | | | | | | | | | | |
| | 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | | | 付表第一号(十二) | | | | | | | | | | |
| | 介護予防福祉用具貸与 | | | | | 付表第一号(十三) | | | | | | | | | | |
| | 特定介護予防福祉用具販売 | | | | | 付表第一号(十四) | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | (既に指定又は許可を受けている場合) | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | (保険医療機関として指定を受けている場合) | | | | | | | | | | | | | | |

2 指定申請書の「付表」

- サービスの種類ごとに「付表」の様式が異なります。
- 下記のとおり、付表第一号（一）～（十七）のいずれかの該当様式に必要事項を記入してください。

| サービスの種類 「記載事項」 | ① 訪問介護 | ② (介護予防)訪問入浴 | ③ (介護予防)訪問看護 | ④ (介護予防)訪問リハ | ⑤ (介護予防)居宅療養 | ⑥ 通所介護 | ⑦ (介護予防)通所リハ | ⑧ (介護予防)短期生活 | ⑨ (介護予防)短期療養 | ⑩ (介護予防)特定施設 | ⑪ (介護予防)福祉貸与 | ⑫ (介護予防)福祉販売 | ⑬ 介護老人福祉施設 | ⑭ 介護老人保健施設 | ⑮ 介護医療院 |
|-------------------|----------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------|--------------|---|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|------------|-----------|
| 該当様式 | 付表第一号（一） | 付表第一号（二） | 付表第一号（三） | 付表第一号（四） | 付表第一号（五） | 付表第一号（六） | 付表第一号（七） | 【単独型】 付表第一号（八） 【空床利用型・ 本体施設が特養 の併設型】 付表第一号（九） 【本体施設が特 養以外の併設 型】 付表第一号（十） | 付表第一号（十一） | 付表第一号（十二） | 付表第一号（十三） | 付表第一号（十四） | 付表第一号（十五） | 付表第一号（十六） | 付表第一号（十七） |

- 【「常勤・非常勤／専従・兼務」の考え方】を参照してください。

3 指定（許可）申請に係る提出書類一覧

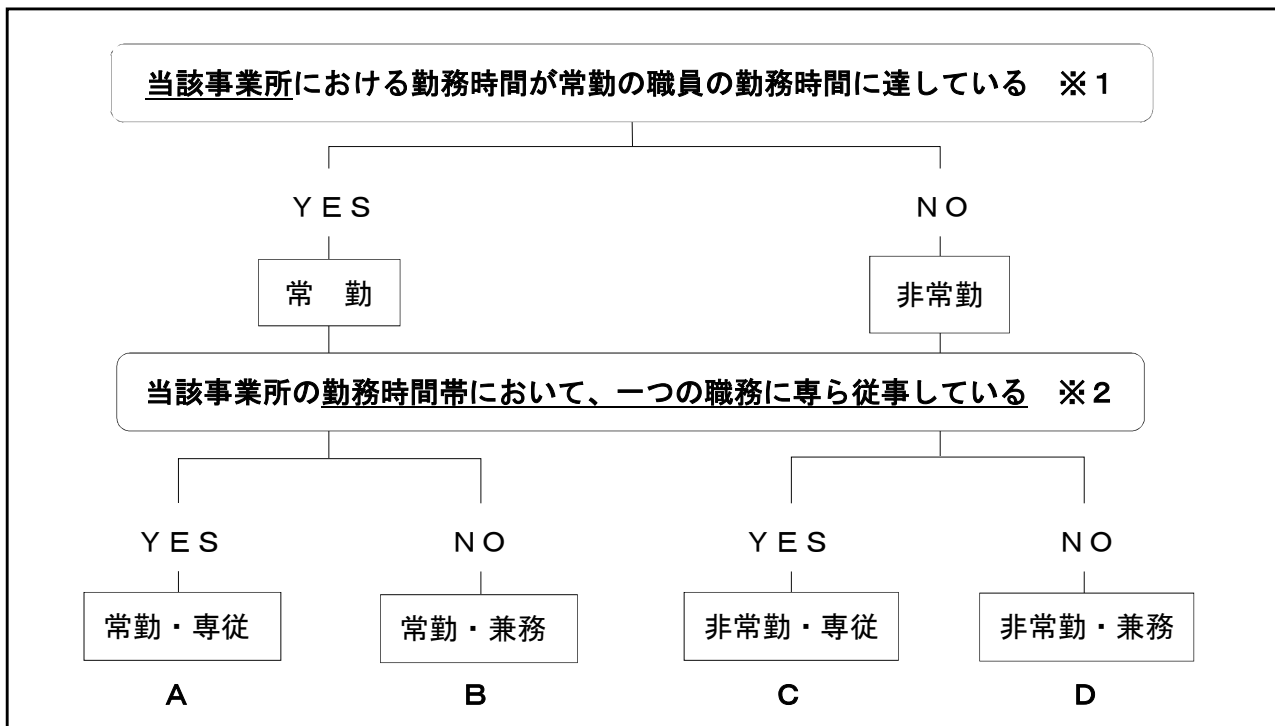
- サービスの種類ごとに「指定（許可）申請に係る提出書類一覧」がありますので、その一覧表で提出書類を確認の上、併せて提出してください。

○掲載場所

福島県 HP>組織で探す>高齢福祉課（介護保険担当）>介護保険に関するページ メニュー
◆介護保険事業者指定関係手続きについて>指定（許可）申請の手続について 4. 提出書類について

より、サービスごとにダウンロードしてご提出ください。

「常勤・非常勤／専従・兼務」の考え方



※1 「当該事業所」とは、指定を受けているサービス提供の単位を指します。同一の建物内で複数の介護サービスを提供している場合であっても、それぞれのサービス毎に定められた人員基準を満たさなければなりません。

また、「常勤」とは、当該事業所における勤務時間数が、当該事業所において定められている「常勤の従業者が勤務すべき時間数（週32時間を下回る場合は、週32時間を基本とする。ただし、母性健康管理措置又は育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を週30時間として取り扱うことができる。以下、「常勤時間数」という。）」に達していることを指します。正規職員やパート、派遣などの雇用形態に関わらず、当該事業所において常勤時間数に達している場合は「常勤」として、達していなければ「非常勤」として扱います。

例えば、介護老人福祉施設と同一の建物内で通所介護を提供していて、どちらにも配置されている場合、それぞれにおける勤務時間が常勤時間数に達していなければ、法人内では常勤として配置されていても、介護保険法ではそれぞれの事業所で非常勤の扱いとなります。

例外 「みなし常勤」

同一の事業者によって当該事業所に併設する事業所の職務であって、当該事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれの事業所における勤務時間の合計が常勤時間数に達していれば、「常勤」として扱います。

この取扱により勤務形態一覧表を作成する際は、併設する事業所において同時並行的に行う職種を備考欄等に記載してください。

※2 「勤務時間帯」とは、当該事業所において定められた勤務時間帯（週40時間など）を指します。

当該事業所の勤務時間帯において、一つの職種に従事する場合は「専従」として、複数の職種に従事する場合は「兼務」として扱います。

例えば、訪問介護の管理者が勤務時間帯に介護職員としてのみ勤務している場合、法人内では管理者と介護職員の兼務として配置されていても、介護保険法では介護職員として専従している扱いとなります。

注意 兼務する職種の管理

複数の職種を兼務する場合であっても、それぞれの職種毎に定められた配置要件を満たさなければなりません。勤務形態一覧表を作成する際は、兼務する職種毎に一行追加し、それぞれの備考欄等に兼務する他の職種を記載してください。

勤務形態の例

1 「常勤・専従」・・・A

当該事業所における常勤の職員が勤務すべき時間帯（週40時間など）に一つの職務にのみ従事する場合に該当します。

【例】

- ・通所介護の1単位目（午前）と2単位目（午後）、3単位目（一日）に配置される生活相談員
- ・サテライト事業所と本体事業所の兼務
※それぞれの事業所の人員配置が本体事業所に相当する場合などは、サテライト事業所を廃止し、1事業所として新たに指定申請を行ってください。
※詳細は「サテライト事業所の設置に係る取扱指針」をご確認ください。

2 「みなし常勤」・・・A又はB（常勤・兼務）

いずれの表記でも構いませんが、併設する事業所で同時並行的に行う職種について、備考欄等に記載してください。

常勤換算を行う際は、それぞれの事業所における勤務時間を合計してください。

【例】

- ・複数の事業所の管理者の兼務
※他事業所の従業員との兼務は原則認めておりません。
- ・介護老人福祉施設の看護職員と併設する短期入所生活介護事業所の看護職員の兼務
※看護体制加算など職員の加配を評価する加算を算定する場合は、それぞれの事業所における勤務時間を合計して常勤換算を行うことができません。ベッド数で按分するなどにより、それぞれの事業所毎に算出した数値で要件を満たさなければなりません。

3 「常勤・兼務」・・・B

兼務する職種毎に勤務時間を分けて管理し、それぞれで配置要件を満たさなければなりません。

【例】

- ・管理者と従業者の兼務
※訪問看護と福祉用具貸与・特定福祉用具販売については、管理業務分を含めてそれぞれ看護職員、福祉用具専門相談員「常勤1名」とすることができます。
※訪問介護は、管理業務分を除き、訪問介護員としての勤務時間のみで常勤換算を行ってください。
- ・訪問介護（介護保険サービス）と居宅介護（障がい福祉サービス）の兼務
※常勤換算を行う際は、人員に余力がある場合に限り、居宅介護に従事した時間を含めることができます。
- ・看護職員と機能訓練指導員の兼務
※看護職員、機能訓練員とも配置時間に関する規定はないことから、看護職員としての業務に従事していない時間帯において、機能訓練指導員として勤務することは差し支えありませんが、個別機能訓練加算などの要件で「サービス提供時間帯を通じた機能訓練指導員の配置」が求められる場合は、当該職員とは別に職員の配置が必要です。
- ・ユニット型サービスと従来型サービスの兼務
※介護職員（介護老人福祉施設においては、介護職員と同様にケアを行う看護職員を含む）については、双方の施設で兼務できません。その他従業者は、双方の施設の勤務時間の合計が、常勤時間数に達していれば、常勤の要件を満たします。

4 「非常勤・専従」・・・C

みなし常勤の場合を除き、複数の事業所の業務に従事する場合は非常勤・専従となります。

【例】

- ・介護老人福祉施設の介護職員と通所介護の介護職員
- ・介護老人福祉施設の生活相談員と通所介護の生活相談員
※通所介護の生活相談員はサービス提供時間を通じて配置されていなければなりません。
- ・訪問介護員とサービス付き高齢者住宅の介護職員

4 添付書類

各種様式については、福島県HP「介護保険事業者申請関係書式ライブラリ」よりダウンロード等してご提出ください。

| 添付書類 | 説明内容 | 様式等 |
|-------------------------------------|--|----------------------------------|
| <p>1 申請者（開設者）の登記事項証明書又は条例等</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 申請者（開設者）に関する法人格や事業の目的等について確認するものです。 ○ 法人の「登記事項証明書」（＝現在事項全部証明書）は、<u>原本</u>を提出してください。 なお、介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院において、地方公共団体の開設する施設の管理を指定管理者に行わせる場合は、当該指定管理者の登記事項証明書の原本を併せて提出してください。 ○ 申請者（開設者）が、同時に複数の事業所（施設）の指定申請を行う場合（例えば、A法人が、訪問介護と通所介護の2つの事業所を共に4月1日指定で申請している場合）、1つの事業所（施設）の指定申請書類に登記事項証明書の原本を添付していれば、他の事業所（施設）の指定申請書類にはその写しを添付して差し支えありません。その場合、当該写しに「原本は、訪問介護に添付」と記載するなど、原本の添付先を明記してください。 ○ 登記事項証明書は<u>直近三か月以内</u>の原本を提出してください。 ○ 市町村が申請者の場合は、条例の写しを提出してください。 ○ 公益法人（財団法人、社団法人、社会福祉法人等）については、当該証明書の内容で、当該申請に係る事業が実施可能か、必ず事前に法人所轄庁に確認してください。 | <p>原本</p> |
| <p>2 病院、診療所、薬局の開設許可証、使用許可証等の写し</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 病院、診療所、薬局の使用許可等について、確認するものです。 ○ 事業所（施設）の所在する病院、診療所、薬局の開設許可証や使用許可証等の写しを提出してください。 | <p>原本の写し</p> |
| <p>3 特別養護老人ホームの認可証の写し</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 特別養護老人ホームの認可について、確認するものです。 ○ 認可証の写しを添付してください。 | <p>原本の写し</p> |
| <p>4 障害者総合支援法等の指定を受けていることを証する書類</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 障害者総合支援法等の指定を受けている事業者が介護保険法に基づく「訪問介護」「通所介護」「短期入所生活介護」の共生型サービスの指定申請を行う場合に、当該指定を受けていることを確認するものです。 | <p>原本の写し</p> |
| <p>5 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 従業員の勤務体制や勤務の形態の月別一覧表により、従業員の配置に係る人員基準の遵守状況を確認するものです。 ○ 人員基準で定められている職種の従業員について、サービスの種類ごとの記入例を参考に、従業員の職種、勤務形態、氏名、勤務すべき時間数を記入の上、備考欄には他の職種との兼務がある場合は当該職名を記入してください。 ○ 複数の職種を兼務している職員については、<u>職種ごとに段を分けて</u>勤務時間を記入してください。特に従事している時間帯を明確にする必要がある職種（通所介護における生活相談員と介護職員の兼務等）の場合には、必ず職種ごとに記入してください。 | <p>標準様式 第1号 1-1~1-11</p> |

| | | |
|-----------------------|---|--|
| <p>6 介護支援専門員一覧</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 事業所（施設）の介護支援専門員を確認するものです。 ○ 介護支援専門員の登録番号、氏名等を明記してください。 | <p>標準様式 第7号</p> |
| <p>7 従業者の資格を証する書類</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 資格が必要な従業者の資格内容を確認するものです。 ○ 資格要件はサービスの種類ごとに異なります。 ○ 資格証に記載の氏名が、旧姓等現在の氏名と異なる場合は、<u>申請者の奥書き証明</u>をつけてください。 ○ 通所介護等における機能訓練指導員として、はり師、きゅう師の資格を有するものを配置する場合は、理学療法士等の機能訓練指導員が配置されている事業所等における実務経験証明書又は当該者の経歴書を添付してください。 | <p>原本の写し 該当ある場合は（サービス提供責任者・生活相談員・機能訓練指導員）経歴書</p> |
| <p>8 管理者の免許証の写し</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● <u>病院又は診療所以外の訪問看護事業所（訪問看護ステーション）及び介護医療院において、管理者の資格要件を確認するものです。</u> ○ 免許証の写し（両面に記載がある場合は両面のコピー）を提出してください。 ○ 免許証に記載の氏名が、旧姓等現在の氏名と異なる場合は、<u>申請者の奥書き証明</u>をつけてください。 ○ 介護医療院及び介護老人保健施設の管理者については、<u>別途「管理者承認申請書」</u>の提出が必要です。 | <p>原本の写し</p> |
| <p>9 サービス提供責任者経歴書</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● <u>訪問介護事業所におけるサービス提供責任者の経歴について確認するものです。</u> ○ 「事業所又は施設の名称」欄には、当該事業所名を記入し、同一敷地内の他の事業所・施設も兼務する場合は、「兼務する事業所又は施設の名称」欄に記入してください。 ○ 氏名、生年月日、住所、電話番号、主な職歴、当該事業に関係する資格の種類及び取得年月日を記入してください。 ○ 「備考」欄には、当該事業に関係する研修の受講状況などを記入してください。 | <p>（サービス提供責任者・生活相談員・機能訓練指導員）経歴書</p> |
| <p>10 生活相談員経歴書</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 本県では、<u>通所・入所系サービスで介護・相談業務に5年以上従事した経験のある介護福祉士について、通所介護における生活相談員として認めているところであり、その要件で生活相談員を配置する場合は経歴書又は実務経験証明書の提出が必要です。</u> ○ 通所・入所系サービスとは、通所介護（地域密着型及び認知症対応型を含む）、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（地域密着型を含む）、介護老人福祉施設（地域密着型を含む）、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、介護医療院、（介護予防）小規模多機能型居宅介護（通いサービス及び宿泊サービスに限る）、看護小規模多機能型居宅介護（通いサービス及び宿泊サービスに限る）、認知症対応型共同生活介護です。訪問系のサービスや、介護保険事業所として指定を受けていない有料老人ホーム等での実務経験は認めていません。 ○ 「事業所又は施設の名称」欄には、当該事業所名を記入し、同一敷地内の他の事業所・施設も兼務する場合は、「兼務する事業所又は施設の名称」欄に記入してください。 ○ 生活相談員の氏名、生年月日、住所、電話番号、主な職歴、当該事業に関係する資格の種類及び取得年月日を記入してください。 ○ 実務経験証明書は通所・入所系サービスの介護・相談業務に従事した事業所・施設名、職務内容、従事期間を記入してください。 | <p>（サービス提供責任者・生活相談員・機能訓練指導員）経歴書</p> |

| | | |
|------------------------------------|---|---------------------|
| <p>11 事業所（施設）の平面図・見取り図</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 事業所（施設）の部屋の配置状況等について確認するものです。 ○ 当該事業を行う設備基準上の専用区画（事務室、食堂、機能訓練室、静養室、相談室、浴室等）の確認のため、平面図に各室の用途を明記してください。 ○ 他の事業との共用部分があれば、色分けする等により、他の事業と明確に区別できるようにしてください。 ○ 申請事業所（施設）の周囲の見取り図を添付してください。 ○ 周囲に同一法人が運営している事業所・施設がある場合は明示してください。 <p>※ 以下の場合、上記と併せて当該事業所等の平面図も必要となります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーションにおいて、サテライト事業所を有する場合 ・ 通所介護において、当該事業所の所在地以外の場所に当該事業の一部を行う施設を有する場合 ・ 短期入所生活介護において、特別養護老人ホーム等との併設事業所である場合 | <p>標準様式 第3号</p> |
| <p>12 事業所の設備・備品等に係る項目一覧表</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 各事業の設備等が基準に適合しているかを確認するものです。 ○ 事業所の設備、備品、消防設備等について記入してください。設備等の詳細については、写真を添付することで記入に代えてもかまいません。 | <p>標準様式 第4号</p> |
| <p>13 併設する施設の概要</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 介護保険施設における併設施設の概要を確認するものです。 ○ 併設する施設の名称や施設の構造など、併設施設の概要が分かる書類を提出してください。 | <p>任意様式</p> |
| <p>14 共用する施設の利用計画</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 施設を共用する場合の、利用計画について確認するものです。 ○ 任意様式で当該利用計画の概要をお示しください。 | <p>任意様式</p> |
| <p>15 運営規程</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 各事業所（施設）の事業運営上の重要事項に関する規程を確認するものです。 ○ 事業の適正な運営及び適切なサービス提供の確保するため、サービスの種類ごとに関係省令や基準等に従って作成してください。 ○ 法人単位ではなく、<u>サービスの種類別</u>に「事業所（施設）」ごとに定める必要があります。 | <p>任意様式</p> |
| <p>16 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 利用者（入所者）からサービス提供等の苦情があった場合の苦情処理体制や対応手順を確認するものです。 ○ 利用者（入所者）に対する相談窓口や連絡先を明記の上、事業所（施設）における苦情処理の体制及び手順等を具体的に分かりやすくまとめて記入してください。 ○ 「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」は事業所（施設）内に掲示し、利用者（入所者）等に周知する必要がありますのでご注意ください。 | <p>標準様式 第5号</p> |

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <p>17 協力医療機関等との契約の内容(契約書の写し)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 利用者(入所者)の容体が急変した場合や必要な場合に対応を依頼する協力医療機関との契約状況や契約内容を確認するものです。 ○ 介護老人福祉施設、介護医療院において「協力歯科医療機関」がある場合は、当該機関との契約書の写しも併せて提出してください。 ○ (介護予防)特定施設入居者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院については、年に一回以上、協力医療機関に関する届出書(別紙1)を指定権者である都道府県に届け出ることが義務付けられました。したがって、当該届出を提出し、指定を受けた翌年度以降も届け出るようにしてください。 | <p>原本の写し、協力医療機関に関する届出書(別紙1)</p> |
| <p>18 受託居宅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</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 特定施設入居者生活介護において、「外部サービス利用型」の場合に委託事業者について確認するものです。 ○ サービスごとに委託する事業者、事業所について記入し、委託契約書の写しを添付してください。 | <p>標準様式第2号及び契約書の写し</p> |
| <p>19 福祉用具保管・消毒方法(委託の場合は委託契約書の写し)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● <u>福祉用具貸与事業所</u>について、福祉用具の保管や消毒の方法を確認するものです。 ○ 事業所における福祉用具の保管・消毒方法を具体的に記入してください。 ○ 保管・消毒のマニュアルがある場合はその写しを添付することでこの書類に代えてもかまいません。 ○ 福祉用具の保管・消毒を他の事業者へ委託等する場合は、委託契約書の写しを提出してください。 | <p>保管・消毒方法を明示したマニュアル等又は委託契約書の写し</p> |
| <p>20 誓約書</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 申請者、申請者の役員及び申請に係る事業所(施設)の管理者が、介護保険法で定める欠格事由に該当しない者であることを確認するものです。 ○ 居宅(予防)サービス事業所、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院に様式が分かれていますので、該当サービスの様式を使い、誓約者欄に、申請者の住所、申請者の名称、代表者の職・氏名を記入してください。 | <p>標準様式第6号</p> |
| <p>21 訪問入浴車の車検証の写し及び写真</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 訪問入浴サービスに使用する車両について、確認を行うものです。 ○ 訪問入浴に使用する車両の車検証の写しと車両の写真を添付してください。 | <p>原本の写し写真</p> |
| <p>22 送迎車の車検証の写し</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 通所介護・通所リハビリテーション・短期入所生活介護・短期入所療養介護に使用する送迎車について確認するものです。 ○ 送迎車の車検証の写しを添付してください。 ※ 短期入所生活介護及び短期入所療養介護においては送迎体制が可能な場合に添付してください。 | <p>原本の写し</p> |

| | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <p>23 事業所（施設）の検査済証、確認済証又は工事完了届の写し</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 事業所（施設）について建築基準法に基づく申請状況を確認するものです。 ○ 新築、改築の場合は検査済証の写し。用途変更を行った場合で建築確認が必要な場合は確認済証、建築確認が不要な場合は工事完了届のそれぞれ写しを添付してください。 ※ 建築基準法関係の手続については必ず所管する県建設事務所又は市に確認してください。確認した結果、手続が不要な場合は確認先及び確認日をサービスごとの提出書類確認表に明記してください。 | <p>原本の写し</p> |
| <p>24 消防用検査済証等の写し</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 事業所（施設）について消防法に基づく申請状況を確認するものです。 ○ 消防法上の届出について、許可を得ていることが分かる書類（消防用設備等検査済証等）を提出してください。 ○ 消防用検査の必要がない場合は、防火対象物使用開始届出書等の写しを提出してください。 ※ 消防法関係の手続については必ず消防機関に確認してください。 | <p>原本の写し</p> |
| <p>25 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書及び介護給付費算定に係る体制等状況一覧表</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 事業所の加算体制等について確認するものです。 ○ サービスごとの加算体制を確認の上、記入してください。 ○ 加算の体制によって必要な書類を添付してください。（必要書類は「介護給付費算定に係る体制等に関する届出の添付書類について」を参照のこと） | <p>別紙 1-1-2 別紙 1-2-2 別紙 2</p> |
| <p>26 社会保険及び労働保険への加入状況にかかわる確認票、及びその添付資料</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 事業者の社会保険及び労働保険への加入状況を確認するものです。 ○ 確認票の記入及び確認票に記載のある添付書類の写しを提出してください。 ○ 当該書類の有無は、指定に当たっての要件ではありませんが、次のいずれかに該当する場合、厚生労働省へ情報提供を行います。 <ol style="list-style-type: none"> 1 確認表（別紙 1）の提出がない事業所 2 確認表（別紙 1）のⅠ（社会保険）において <ol style="list-style-type: none"> ① 「1 加入している」と回答した事業所のうち、確認書類の持参を失念した事業所 ② 「2 現在、加入手続き中である。」と回答した事業所 ③ 「3 今後、加入手続きを行う。」と回答した事業所 ④ 「5 適用事業所かどうか不明である。」と回答した事業所 ⑤ いずれの番号にも○を付さなかった事業所 3 確認表（別紙 1）のⅡ（労働保険）において <ol style="list-style-type: none"> ① 「1 加入している」と回答した事業所のうち、確認書類の持参を失念した事業所 ② 「2 現在、加入手続き中である。」と回答した事業所 ③ 「3 今後、加入手続きを行う。」と回答した事業所 ④ いずれの番号にも○を付さなかった事業所 | <p>確認表（別紙 1）</p> |

第4部 指定後の届出事項等

1 業務管理体制に関する届出

介護サービス事業者の不正事案の再発防止及び介護事業運営の適正化を図るため、全ての介護サービス事業者（法人等の申請者）に対して、事業所・施設の数に応じて、「法令遵守等の業務管理体制」の整備とその届出が義務付けられました。

については、「新たに介護保険事業者の指定（許可）を受けた場合」又は「介護保険事業者の指定（許可）を受け、業務管理体制を届出後、届出事項等に変更が生じた場合」は、下記に従い、必要な届出を行ってください。

なお、オンラインによる届出方法については、福島県高齢福祉課ホームページをご覧ください。

①-1 新たに介護保険事業者の指定・許可を受けた場合 であって、

- 当該申請者（法人等）が、介護保険事業者として初めて指定・許可を受けた（＝これまでに、「業務管理体制に関する届出」を提出したことがない）場合
⇒ 速やかに以下の体制を整備し、届出を行う。

【届出内容】

| 対 象 | 整備すべき業務管理体制 | 届出書類 | |
|----------|---------------|-------------------|------------------------------|
| | | 届出様式 | 添付書類 |
| 事業所・施設の数 | 1～19 の事業者 | 業務管理体制整備（区分変更）届出書 | |
| | 20～99 の事業者 | | 法令遵守規程の概要 |
| | 100以上 の事業者 | | 法令遵守規程の概要 業務執行状況の監査の方法の概要 |

- 当該届出は、事業者（＝法人等）ごとに行います。（事業所・施設ごとではありません。）
- 上記「整備すべき業務管理体制・届出書類」は、「事業所・施設の数」によって異なります。
- 「事業所・施設の数」は、事業所番号が同じか否かに関わらず、指定を受けた「サービスの種類ごと」に1事業所と数え（＝例えば、同一事業所が訪問入浴介護と介護予防訪問入浴介護の両方の指定を受けている場合は「2」とカウント）、休止中の事業所・施設も含めて数えます。

なお、施設みなし事業所は含みますが、医療みなし事業所は除くほか、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス（「訪問型サービス」、「通所型サービス」）も除きます。

【届出先】

| 事業所・施設の所在地域 | 届出先 |
|--------------------------|-----------------------------|
| 事業所・施設が2以上の都道府県に所在する事業者 | 厚生労働省老健局 |
| | 事業者の主たる事務所が所在する都道府県 |
| 事業所・施設が福島県のみ に所在する事業者 | 所在地町村 |
| | 所在中核市 |
| | 福島県 (各保健福祉事務所（いわき地方振興局）) |

- 福島県の届出先については、手引き最終ページの「所管の各出先機関」をご覧ください。
- 厚生労働省老健局への提出については、厚生労働省ホームページをご覧ください。
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/service/index.html（または「厚生労働省 業務管理体制」で検索）

①-2 新たに介護保険事業者の指定・許可を受けた場合 であって、

- 当該事業者（法人等）が、介護保険事業者として既に指定（許可）を受けている
（＝これまでに、「業務管理体制に関する届出」を提出したことがある）場合



事業者（法人等）における事業所・施設の数の合計が、

- 19以下→20以上になった、又は、99以下→100以上になった
（＝整備すべき業務管理体制に変更がある）場合 ⇒ 速やかに以下の届出を行う。

| 対 象 | 届出書類 | |
|---------------------------------|---------------|-----------------|
| | 届出様式 | 添付書類 |
| 事業所・施設の数 19以下 → 20以上になった事業者 | 業務管理体制 変更届 | 法令遵守規程の概要 |
| 事業所・施設の数 99以下 → 100以上になった事業者 | | 業務執行状況の監査の方法の概要 |

- 19以下のまま、又は、99以下のまま、又は、100以上のままの
（＝整備すべき業務管理体制に変更がない）場合 ⇒ 届出不要

- 事業所・施設の数が増えたことにより、事業所・施設の所在地が変わり、「届出先」が変更（＝市町村から福島県へ、福島県から厚生労働省老健局へ等）になった場合は、上記とは別に、下記②の届出が必要となりますのでご注意ください。

② 介護保険事業者の指定（許可）を受けた後、届出先や届出事項等に変更が生じた場合

⇒ 速やかに以下の届出を行う。

| 対 象 | 届出が必要となる事由 | 届出書類 | | 届出先 |
|---------------------|---|---------------------------|---|-------------------------------------|
| | | 届出様式 | 添付書類 | |
| 届出先や届出事項等に変更が生じた事業者 | ● 事業所等の所在地が変わり、 <u>届出先が変更となった場合</u> 例) 市 町 村 ⇔ 福 島 県 中 核 市 ⇔ 福 島 県 他都道府県 ⇔ 福 島 県 厚生労働省 ⇔ 福 島 県 | 業務管理体制 整備（区分 変更）届出書 | ※該当する場合のみ ・変更後の「法令遵守規程の概要」 ・変更後の「業務執行状況の監査の方法の概要」 | 変更前の行政機関と 変更後の行政機関の 両方 |
| | ● 届出先は変わらないが、 <u>届出事項（法令遵守責任者名、事業所の名称等）</u> や整備すべき業務管理体制に変更が生じた場合 | 業務管理体制 変更届 | | 届出済み 行政機関 |

- 「法令遵守規程の概要」や「業務執行状況の監査の方法の概要」における字句修正など、業務管理体制に実質的な影響を及ぼさない軽微な変更の場合は、上記変更の届出の必要はありません。

◎ 「業務管理体制に関する届出」について詳しくは、[福島県高齢福祉課ホームページ](#) をご覧ください。

受付番号

介護保険法第115条の32第2項(整備)又は第4項(区分の変更)に基づく業務管理体制に係る届出書

届出年月日を記入してください。

令和〇年〇月〇日

福島県知事

※届出にあたっては、指定を受けている全ての事業所の名称及び住所等を記載した一覧表を添付してください。

事業者 名称 株式会社 フクシマ
代表者氏名 福島 太郎

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者(法人)番号

A

| | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---|---------------------------|---------------------|----------------|------|----------|
| 1 | 届出の内容 | | | | | | |
| | (1)法第115条の32第2項関係(整備) | | | | | | |
| | (2)法第115条の32第4項関係(区分の変更) | | | | | | |
| 2 | フリガナ | カブシカイヤ フクシマ | | | | | |
| | 名称 | 株式会社 フクシマ | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (〒960-0000) 都道 郡 市 福島 府県 福島 区 杉妻町0-0 (ビルの名称等) 杉妻ビル2F 電話番号 024-000-000 FAX番号 024-000-001 | | | | | |
| | 法人の種類別 | 営利法人 | | | | | |
| 3 | 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 | 代表取締役 | フリガナ 氏名 | フクシマ タロウ 福島 太郎 | 生年月日 | 昭和0年0月0日 |
| | 代表者の住所 | (〒960-0000) 都道 郡 市 福島 府県 福島 区 杉妻町0-1 (ビルの名称等) | | | | | |
| 4 | 事業所名称等及び所在地 | 事業所名称 | 指定(許可)年月日 | 介護保険事業所番号(医療機関等コード) | 所在地 | | |
| | | 杉妻デイ計3カ所 | 令和3年7月1日 | 0770000000 | 福島市 | | |
| 5 | 介護保険法施行規則第140条の40第1項第2号から第4号に基づく届出事項 | 第2号 | 法令遵守責任者の氏名(フリガナ) | | 生年月日 | | |
| | | 第3号 | 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要 | | | | |
| | | 第4号 | 業務執行の状況の監査の方法の概要 | | | | |
| 5 | 区分変更 | 体制整備に係る最初の届け出の場合は、区分変更欄は記入する必要はありません。 | | | | | |
| | | A | | | | | |
| | | 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 | 株式会社 フクシマ | | メール アドレス | ***@*** | 電話番号 | 024-000-000 |
| | フリガナ | フクシマ タロウ | | | | | |
| | 氏名 | 福島 太郎 | | | | | |

記入例

※様式裏面に記載要領を掲載しております。【区分変更の場合】

受付番号

介護保険法第115条の32第2項(整備)又は第4項(区分の変更)に基づく業務管理体制に係る届出書

届出年月日を記入してください。

令和〇年〇月〇日

福島県知事

事業者 名称 株式会社 フクシマ
代表者氏名 福島 太郎

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者(法人)番号 A

| | | | | | |
|-------|---|---------------------------------------|---------------------------|---------------------|--|
| 1 | 届出の内容 | | | | |
| | (1)法第115条の32第2項関係(整備) (2)法第115条の32第4項関係(区分の変更) | | | | |
| 2 | フリガナ | | | | |
| | 名称 | | | | |
| | 主たる所の所在地 | 郡市区 | | | |
| | 法 | FAX番号 | | | |
| 3 | 代表者氏名・生年月日 | フリガナ | 生年月日 | | |
| | 代表者の住所 | (〒) 都道府県 郡市区 (ビルの名称等) | | | |
| 3 | 事業所名称等及び所在地 | 事業所名称 | 指定(許可)年月日 | 介護保険事業所番号(医療機関等コード) | |
| | | 計カ所 | | 所在地 | |
| 4 | 介護保険法施行規則第140条の40第1項第2号から第4号に基づく届出事項 | 第2号 | 法令遵守責任者の氏名(フリガナ) | 生年月日 | |
| | | 第3号 | 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要 | | |
| | | 第4号 | 業務執行の状況の監査の方法の概要 | | |
| 5 | 区分変更前行政機関名称、担当部(局)課 | 福島県保健福祉部高齢福祉課 | | | |
| | 事業者(法人)番号 | A 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | | | |
| | 区分変更の理由 | 〇〇県及び△△県にて新たに指定を受けた為 | | | |
| | 区分変更後行政機関名称、担当部(局)課 | 厚生労働省老健局 | | | |
| 区分変更日 | 令和3年7月1日 | | | | |
| 連絡先 | 所属 | 株式会社 フクシマ | | メール アドレス | |
| | フリガナ | フクシマ 三郎 | | | |
| | 氏名 | 福島 三郎 | | | |
| | | ***@*** | | 電話番号 | |
| | | | | 024-000-000 | |

介護保険法第115条の32第3項に基づく
業務管理体制に係る届出書（届出事項の変更）

届出年月日を記入してください。

令和〇年〇月〇日

福島県知事

事業者 名称 株式会社 フクシマ
代表者氏名 福島 太郎

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者（法人）番号 A 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

変更があった事項

- 1 法人の種別、名称(フリガナ)
- 2 主たる事務所の所在地、電話番号、FAX番号
- 3 代表者氏名(フリガナ)、生年月日
- 4 代表者の住所、職名
- 5 事業所名称等及び所在地
- ⑥ 法令遵守責任者の氏名(フリガナ)及び生年月日
- 7 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要
- 8 業務執行の状況の監査の方法の概要

「変更の内容については具体的に記入してください。」

変更の内容

(変更前)

法令遵守責任者 氏名 福島 次郎 (フクシマ ジロウ) 昭和〇年〇月〇日

(変更後)

法令遵守責任者 氏名 福島 花子 (フクシマ ハナコ) 昭和〇年〇月〇日

| | | | | | | |
|-----|------|-----------|-------------|---------|------|-------------|
| 連絡先 | 所属 | 株式会社 フクシマ | メール アドレス | ***@*** | 電話番号 | 024-000-000 |
| | フリガナ | フクシマ ジロウ | | | | |
| | 氏名 | 福島 三郎 | | | | |

2 協力医療機関に関する届出書

令和6年度の制度改正に伴い、協力医療機関と実効性のある連携体制を確保する観点から、年に一回以上、協力医療機関の名称等を指定権者に届け出なければならないこととされました。

福島県HPから詳細を確認し、所管する保健福祉事務所へ「協力医療機関に関する届出書（別紙1）」を忘れずに届出てください。

福島県HP > 組織で探す > 高齢福祉課（介護保険担当） > メニュー > 協力医療機関に関する届出書について

<https://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21025d/kyouryokuiryoukikan.html>

【対象サービスと要件】

| 対象サービス | 協力医療機関の要件 |
|-------------------------------|--|
| 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護医療院 | 一 入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保していること。 二 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること。 三 入所者の病状が急変した場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること※。 |
| （介護予防）特定施設入居者生活介護 | 一 入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保していること。 二 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること。 |

※第3号要件は、医療法における病院に限られます。

○協力医療機関に変更があった場合も協力医療機関に関する届出書をご提出ください。また、あわせて介護保険法上の変更届の提出も必要になります。必要な書類はP30をご覧ください。

○特定施設入居者生活介護の指定を受けている養護老人ホーム、軽費老人ホームは、「1（介護予防）特定施設入居者生活介護」にチェックを入れて届け出てください。

特別養護老人ホームは、「4 介護老人福祉施設」にチェックを入れて届け出てください。

1部提出いただければ、老人福祉法上のサービスとして再提出は不要です。詳細はHPの「その他の留意事項」をご確認ください。

福島県知事 殿

【記載例】

| | | | | | | | | |
|---|--|--|--------------|----------|--------------|-------|--------------------------|--|
| 届出者 | フリガナ 名称 | トクベツユウゴロウジンホーム ○○ 特別養護老人ホーム ○○ | | | | | | |
| | 事務所・施設の所在地 | (郵便番号 960 - 1234) 福島県○○市○○1番地 (ビルの名称等) | | | | | | |
| | 連絡先 事業所番号 | 電話番号 | 024-000-0000 | FAX番号 | 024-000-0001 | | | |
| | 事業所・施設種別 | <input type="checkbox"/> 1 (介護予防)特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 3 (介護予防)認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 4 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 5 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input checked="" type="checkbox"/> 6 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 7 介護医療院 <input type="checkbox"/> 8 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 9 軽費老人ホーム | | | | | | |
| | 代表者の職・氏名 | 職名 | 理事長 | 氏名 | 福島 花子 | | | |
| | 代表者の住所 | (郵便番号 960 - 1234) 福島県○○市○○2番地3 | | | | | | |
| 協力医療機関 | ①施設基準(※1)第1号(※2)の規定を満たす協力医療機関 | 医療機関名 | △△診療所 | 令和○年△月△日 | 協力医療機関の担当者名 | 杉妻 一郎 | 医療機関コード 1 2 3 4 5 6 7 | |
| | ②施設基準(※1)第2号(※3)の規定を満たす協力医療機関 | 医療機関名 | □□病院 | 令和○年□月□日 | 協力医療機関の担当者名 | 佐藤 太郎 | 医療機関コード 1 2 3 4 5 6 8 | |
| | (事業所・施設種別4~8のみ) ③施設基準(※1)第3号(※4)の規定を満たす協力病院 | 医療機関名 | | 令和 年 月 日 | 協力医療機関の担当者名 | | 医療機関コード | |
| | 上記以外の協力医療機関 | 医療機関名 | ○○歯科医院 | | | | 医療機関コード 1 2 3 4 5 6 9 | |
| | | 医療機関名 | | | | | 医療機関コード | |
| | | 医療機関名 | | | | | 医療機関コード | |
| 施設基準第1号、第2号及び第3号の規程(※5)を満たす施設 | 第1号から第3号の規定(※5)に当たり過去1年間に協議を行った医療機関数 | 施設基準第3号 □□病院 | | | | | | |
| | 協議をした医療機関との対応の取り決めが困難であった理由 | 第2号に加えて第3号の協定締結も現在協議中 | | | | | | |
| | (過去1年間に協議を行っていない場合)医療機関と協議を行わなかった理由 | | | | | | | |
| | 届出後1年以内に協議を行う予定の医療機関 | 医療機関名(複数可) 病院等を想定 協議を行う予定時期 令和 年 月 | | | | | | |
| (協議を行う予定の医療機関がない場合)※5を満たす協力医療機関を定めるための今後の具体的な計画(※6) | | | | | | | | |
| 関係書類 | 別添のとおり | | | | | | | |

- 備考 1 各協力医療機関との協力内容が分かる書類(協定書等)を添付してください。
- 2 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、軽費老人ホームについては「施設基準(※1)第3号の規定を満たす協力病院」の欄の記載は不要です。
- 3 協力医療機関や協力医療機関との契約内容に変更があった場合には速やかに届出を行ってください。
- (※1) 各サービス種別における協力医療機関に係る施設基準は裏面を参照。
 (※2) 入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 (※3) 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
 (※4) 入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
 (※5) 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、軽費老人ホームは第1号及び第3号の施設基準を満たすこと。
 (※6) 「3か月以内に地域の在宅療養支援病院等をリストアップし協議先を検討する」など具体的な計画を記載

3 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

介護保険制度では、事業所（施設）の種別及び人員配置の様態等により、算定される報酬額が異なることから、当該加算等の体制情報について、

- ①介護給付費の算定に当たって事前に届出が必要と関係告示で定められている事項
- ②居宅サービス計画策定（支給限度額管理）のために必要な事項
- ③支払審査機関や保険者における審査・請求の上で必要な事項を記載した、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」（別紙 2）及び「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」（別紙 1-1-2 及び別紙 1-2-2）（以下、「体制届」という。）
- ④算定要件を満たすことを示す資料（別紙「介護給付費算定に係る体制等に関する届出の添付書類について」を参照してください。）

の提出が必要となります。

については、「新たに介護保険事業者の指定を受ける場合」又は「介護保険事業者の指定を受けた後、体制に変更が生じた場合」は、下記のとおり、届出を行ってください。

| 体制届の提出が必要なサービスの種類 | | 届出日と加算算定開始日 |
|-------------------|-----------------------|--|
| 訪問・通所系サービス | 訪問介護 (介護予防) 訪問入浴介護 | ◎ 毎月 15 日以前に届出 → 届出の翌月から算定開始 ◎ 毎月 16 日以降に届出 → 届出の翌々月から算定開始 *注1参照 |
| | (介護予防) 訪問看護 | |
| | (介護予防) 訪問リハビリ | |
| | (介護予防) 居宅療養管理指導 | |
| | 通所介護 (介護予防) 通所リハビリ | |
| | (介護予防) 福祉用具貸与 | |
| 入所系サービス | (介護予防) 短期入所生活介護 | ◎ 届出が受理された日※ の翌月から算定開始 ※ ただし、届出が受理された日が 月の初日の場合は、当該月から 算定開始 *注2参照 |
| | (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 | |
| | 介護老人福祉施設 | |
| | 介護老人保健施設 | |
| 介護医療院 | | |

◎「届出日と加算算定開始日」についての補足事項

*注1 訪問・通所系サービスの場合

- 届出日の翌月から算定開始となるためには、基準上、15日までに「体制届」を届け出る必要があります。

例) 5月15日が日曜日の場合 = 5月13日(金)に「体制届」受理 → 6月から算定開始
5月16日(月)に「体制届」受理 → 7月から算定開始

*注2 入所系サービスの場合

- 「月の初日」とは、当該月において最初に迎える平日となります。

例) 5月1日が日曜日の場合 = 5月2日(月)に「体制届(5/1付け)」受理 → 5月から算定開始

○「体制届」は、サービスの種類ごとに（法人単位ではなく、事業所・施設単位で）提出する必要があります。（「(介護予防)特定福祉用具販売」は、加算等の届出事項がないため、「体制届」の提出は必要ありません。）

○算定区分に変更がない場合であっても、算定要件を変更して算定する場合は届出が必要です。

【例（通所介護）】「介護福祉士の割合が70%以上」の要件を満たしてサービス提供体制強化加算Ⅰを算定していたが、「勤続年数10年以上の介護福祉士の割合25%以上」の要件に切り替えて算定を継続する場合は、改めて届出が必要です。

○「体制届」提出の際は、加算算定要件を、関係告示や通知等により、事前に十分ご確認ください。

○記載例については次頁を参照してください。

(別紙2)

記入例

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

令和〇年〇月〇日

福島県知事 殿

所在地 福島県福島市杉妻町0-0

名称 株式会社杉妻介護

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

| | | | | | | |
|----------------|---|---|--|---|---------------|------------------|
| 届出者 | フリガナ 名称 | カブシキカイシャ スギツマカイゴ 株式会社 杉妻介護 | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 960 - 0000) 福島 県 福島 群市 杉妻町0-0 | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 024-000-000 | FAX番号 | 024-000-001 | |
| | 法人の種別 | 営利法人 | 法人所轄庁 | | | |
| 代表者の職・氏名 | 職名 | 代表取締役 | | | 氏名 | 福島 太郎 |
| | 代表者の住所 | (郵便番号 960 - 0000) 福島 県 福島 群市 杉妻町0-1 | | | | |
| 事業所・施設 の状況 | フリガナ 事業所・施設の名称 | スギツマホウモンカイゴ 杉妻訪問介護 | | | | |
| | 主たる事業所・施設の所在地 | (郵便番号 960 - 0000) 福島 県 福島 群市 杉妻町0-2 | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 024-000-002 | FAX番号 | 024-000-003 | |
| | 主たる事業所の所在地以外の場所で 一部実施する場合の出張所等の所在地 | (郵便番号 -) 県 群市 | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | FAX番号 | | |
| | 管理者の氏名 | 杉妻 次郎 | | | | |
| 管理者の住所 | (郵便番号 960 - 0000) 福島 県 福島 群市 杉妻町0-3 | | | | | |
| 届出を行う事業所・施設の種類 | 同一所在地において行う 事業等の種類 | 実施 事業 | 指定(許可) 年月日 | 異動等の区分 | 異動(予定) 年月日 | 異動項目 (※変更の場合) |
| | 訪問介護 | ○ | 令和6年4月1日 | <input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | 令和6年8月1日 | 特定事業所加算 |
| | 訪問入浴介護 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 訪問看護 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 訪問リハビリテーション | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 居宅療養管理指導 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 通所介護 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 通所リハビリテーション | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 短期入所生活介護 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 短期入所療養介護 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 特定施設入居者生活介護 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 福祉用具貸与 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 介護予防訪問入浴介護 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 介護予防訪問看護 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 介護予防訪問リハビリテーション | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 介護予防居宅療養管理指導 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 介護予防通所リハビリテーション | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 介護予防短期入所生活介護 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 介護予防短期入所療養介護 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | | |
| 施設 | 介護老人福祉施設 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 介護老人保健施設 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| | 介護医療院 | | | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 | | |
| 介護保険事業所番号 | 0 7 7 0 1 2 3 4 5 6 | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | |
| 特記事項 | 変更前 | | | 変更後 | | |
| | 特定事業所加算 なし | | | 特定事業所加算 I | | |
| 関係書類 | 別添のとおり | | | | | |

備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字の横の口を■にしてください。

6 「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。

7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。

8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援)

事業所番号 0 7 0 1 2 3 4 5 6 7

| 提供サービス | 施設等の区分 | 人員配置区分 | その他該当する体制等 | LIFEへの登録 | 割引 | |
|---------------|--|--------|--|---|---|--|
| 各サービス共通 | | | 地域区分 <input type="checkbox"/> 1 1級地 <input type="checkbox"/> 2 2級地 <input type="checkbox"/> 3 3級地 <input type="checkbox"/> 4 4級地 <input type="checkbox"/> 5 5級地 <input type="checkbox"/> 6 6級地 <input type="checkbox"/> 7 7級地 <input type="checkbox"/> 8 その他 | | <input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |
| ■ 11 訪問介護 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 身体介護 <input checked="" type="checkbox"/> 2 生活援助 <input type="checkbox"/> 3 通院等乗降介助 | | 定期巡回・随時対応サービスに関する状況 <input checked="" type="checkbox"/> 1 定期巡回の指定を受けていない <input type="checkbox"/> 2 定期巡回の指定を受けている <input type="checkbox"/> 3 定期巡回の整備計画がある 高齢者虐待防止措置実施の有無 <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input checked="" type="checkbox"/> 2 基準型 特定事業所加算(V以外) <input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅳ 特定事業所加算V <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり 共生型サービスの提供(居宅介護事業所) <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり 共生型サービスの提供(重度訪問介護事業所) <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり 同一建物減算(同一敷地内建物等に居住する者への提供) <input checked="" type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当 同一建物減算(同一敷地内建物等に居住する者への提供(利用者50人以上)) <input checked="" type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当 同一建物減算(同一敷地内建物等に居住する者への提供割合9%以上) <input checked="" type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当 特別地域加算 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり 中山間地域等における小規模事業所加算(地域に関する状況) <input checked="" type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当 中山間地域等における小規模事業所加算(規模に関する状況) <input checked="" type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当 口腔連携強化加算 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input checked="" type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ 認知症専門ケア加算 <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input checked="" type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅴ(1) <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅴ(2) <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅴ(3) <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅴ(4) <input type="checkbox"/> 10 加算Ⅴ(5) <input type="checkbox"/> 11 加算Ⅴ(6) <input type="checkbox"/> 12 加算Ⅴ(7) <input type="checkbox"/> 13 加算Ⅴ(8) <input type="checkbox"/> 14 加算Ⅴ(9) <input type="checkbox"/> 15 加算Ⅴ(10) <input type="checkbox"/> 16 加算Ⅴ(11) <input type="checkbox"/> 17 加算Ⅴ(12) <input type="checkbox"/> 18 加算Ⅴ(13) <input checked="" type="checkbox"/> 19 加算Ⅴ(14) | <input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | |
| ■ 13 訪問看護 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 2 病院又は診療所 <input type="checkbox"/> 3 定期巡回・随時対応サービス連携 | | 高齢者虐待防止措置実施の有無 <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input checked="" type="checkbox"/> 2 基準型 特別地域加算 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり 中山間地域等における小規模事業所加算(地域に関する状況) <input checked="" type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当 中山間地域等における小規模事業所加算(規模に関する状況) <input checked="" type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当 緊急時訪問看護加算 <input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ 特別管理体制 <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input checked="" type="checkbox"/> 2 対応可 専門管理加算 <input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり ターミナルケア体制 <input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり 遠隔死亡診断補助加算 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり 看護体制強化加算 <input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ 口腔連携強化加算 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり サービス提供体制強化加算 <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ(イ及びロの場合) <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ(イ及びロの場合) <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅰ(イ及びロの場合) <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ(ハの場合) <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅱ(ハの場合) | <input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | |
| ■ 21 短期入所生活介護 | <input type="checkbox"/> 1 単独型 <input checked="" type="checkbox"/> 2 併設型・空床型 <input type="checkbox"/> 3 単独型ユニット型 <input type="checkbox"/> 4 併設型・空床型ユニット型 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;">併設型用</div> | | 夜間勤務条件基準 <input checked="" type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型 職員の欠員による減算の状況 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員 ユニットケア体制 <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input checked="" type="checkbox"/> 2 対応可 高齢者虐待防止措置実施の有無 <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input checked="" type="checkbox"/> 2 基準型 業務継続計画策定の有無 <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input checked="" type="checkbox"/> 2 基準型 共生型サービスの提供(短期入所事業所) <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり 生活相談員配置等加算 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり 生活機能向上連携加算 <input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ 機能別指導体制 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり 個別機能訓練体制 <input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり 看護体制加算Ⅰ又はⅢ <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input checked="" type="checkbox"/> 3 加算Ⅲ 看護体制加算Ⅱ又はⅣ <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ <input checked="" type="checkbox"/> 3 加算Ⅳ 医療連携強化加算 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり 看取り連携体制加算 <input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり 夜間職員配置加算 <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ・加算Ⅱ <input checked="" type="checkbox"/> 3 加算Ⅲ・加算Ⅳ テクノロジーの導入(夜間職員配置加算関係) <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり 若年性認知症利用者受入加算 <input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり 送迎体制 <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input checked="" type="checkbox"/> 2 対応可 口腔連携強化加算 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり 療養食加算 <input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり 認知症専門ケア加算 <input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ 生産性向上推進体制加算 <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input checked="" type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ サービス提供体制強化加算(単独型) <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅲ サービス提供体制強化加算(併設型・空床型) <input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅲ 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰの届出状況 <input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり 介護職員等処遇改善加算 <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅴ(1) <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅴ(2) <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅴ(3) <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅴ(4) <input type="checkbox"/> 10 加算Ⅴ(5) <input type="checkbox"/> 11 加算Ⅴ(6) <input type="checkbox"/> 12 加算Ⅴ(7) <input type="checkbox"/> 13 加算Ⅴ(8) <input type="checkbox"/> 14 加算Ⅴ(9) <input type="checkbox"/> 15 加算Ⅴ(10) <input type="checkbox"/> 16 加算Ⅴ(11) <input type="checkbox"/> 17 加算Ⅴ(12) <input type="checkbox"/> 18 加算Ⅴ(13) <input checked="" type="checkbox"/> 19 加算Ⅴ(14) | <input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり | |

以下、省略

4 変更届

介護保険事業者の指定（許可）を受けた後、事業所の名称や所在地など、所定事項に変更があった場合は、次のとおり、「変更の届出」又は「変更の申請」を行う必要があります。

【変更の届出について】

| 変更届の様式 | 変更事項及び添付書類 | 提出期限 |
|---------------------|----------------------------|--------------------|
| 「変更届出書」 様式第一号（五） | 「変更届出書類一覧」 （P30～31）のとおり | 変更日から <u>10日以内</u> |

- 所定事項に変更があった場合、「変更届出書」とその「添付資料」を、上記の提出期限までに、各出先機関へ提出する必要があります。遅延する場合は、遅延理由書を添付してください。遅延した理由によって、指導の対象になる場合がありますので、遅延しないように余裕をもってご準備ください。
- この場合、変更届出書類は、サービスの種類ごとに（法人単位ではなく、事業所・施設単位で）作成し、提出してください。ただし、同一サービス種別の「居宅サービス」と「介護予防サービス」（例えば、訪問入浴介護と介護予防訪問入浴介護）を一体的に運営するため届出を同時に行う場合は、両方併せて書類を作成できます。

【特定施設入居者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院について】

- 「特定施設入居者生活介護」において定員が増加する場合は、「特定施設入居者生活介護定員増加申請書」（様式第一号（三））の提出が必要です。

また、「介護老人保健施設」「介護医療院」にあつては変更内容によって、「介護老人保健施設・介護医療院開設許可事項変更許可申請書（様式第一号（九））」、「介護老人保健施設・介護医療院管理者承認申請書（様式第一号（十））」または「介護老人保健施設・介護医療院広告事項許可申請書（様式第一号（十一））」を提出することになります。

これらは事後の届出ではなく事前の申請が必要になるため、変更をしようとする期日に十分余裕をもってご連絡ください。

5 廃止・休止・再開届

介護保険事業者の指定を受けた後、事業所や施設を休止又は廃止（指定を辞退）しようとする場合や、休止後に、再開した場合は、下記のとおり、届出を行う必要があります。

| 届出が必要となる場合 | サービスの種類 | 届出様式 | 提出期限 |
|---|---|-------------------------|---------------------------|
| 事業所(施設)を <u>廃止(指定辞退)</u> しようとする場 合 | ● (介護予防)居宅サービス ● 介護老人保健施設 ● 介護医療院 | 「廃止(休止)届出書」 様式第一号(七) | 事業を廃止(指定を辞退)する日の 1月前まで |
| | ● 介護老人福祉施設 | 「指定辞退届出書」 様式第一号(八) | |
| 事業所(施設)を <u>休止</u> しようとする場合 | ● 全サービス | 「廃止(休止)届出書」 様式第一号(七) | 事業を休止する日の1月前まで |
| 事業所(施設)を <u>再開</u> した場合 | ● 全サービス | 「再開届出書」 様式第一号(六) | 事業を再開した日から10日以内 |

- 「廃止・休止・再開・辞退」に係る届出書は、サービスの種類ごとに（法人単位ではなく、事業所・施設単位で）作成し、上記の各期限内に、所管の出先機関へ提出してください。
- なお、複数のサービスを同時期に廃止、休止又は再開する場合はまとめて「廃止・休止」または「再開」の届出を行うことができます。
- 廃止・休止の理由は簡潔に、措置の概要はできるだけ詳細に記載すること。
例) 廃止の理由：人員確保ができないため、利用者が確保できず経営難のため、他法人へ事業の譲渡のため、法人の吸収合併のため…等
措置の概要：廃止(休止)予定年月日までに、近隣の事業所へ引き継ぎを行うことで利用者及び居宅介護支援事業所と調整済み、休止中のため利用者がいないため引き継ぐ利用者はいない…等
- 休止期間の限度は1年間とし、更に休止する場合は休止期間内に延長する旨を届出してください。
- 休止の年月日は、最終の営業日を記載してください。
例) 3月31日まで営業する場合、休止日は3月31日です。
- ◎ 再開の届け出は、人員基準を満たしたうえで再開することを確認するために、再開日の属する月の勤務形態一覧表（標準様式第1号）も添付してください。

6 更新申請

事業者の指定基準の遵守状況を定期的に確認するため、平成18年度介護保険制度改正により、介護保険事業者の指定に「更新制度」が導入されました。

当該更新制度に係る事業者の指定の有効期間は6年間であり、当該有効期間を更新するには、事前に更新申請を行う必要があります。

対象事業所には事前に県高齢福祉課から通知します。

詳細については「介護保険事業者指定（許可）更新申請の手引き」を参照してください。

7 変更届出等書類一覧

以下の事項に変更があった場合、変更の届出（一部別途申請が必要な場合あり）が必要となります。届出様式や添付書類、届出が必要なサービスの種類は、下記一覧のとおりです。

| 変更届出書の各変更事項 | | 変更の届出が必要となる場合 | | ＜添付書類＞ | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|--|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | | | | ・右の表が「○」の場合 付表 勤務形態一覧表（標準様式第1号） ・右の表が「△」の場合 付表 下欄の書類 ・右の表が「◎」の場合 付表 勤務形態一覧表（標準様式第1号） 下欄の書類 ・右の表が「/」の場合 届出不要 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ | ⑧ | ⑨ | ⑩ | ⑪ | ⑫ | ⑬ | ⑭ | ⑮ |
| | | | | 訪問介護 | 訪問介護 | 訪問介護 | 訪問介護 | 訪問介護 | 通所介護 | 通所介護 | 通所介護 | 通所介護 | 通所介護 | 通所介護 | 通所介護 | 通所介護 | 通所介護 | 通所介護 |
| 1 | 事業所（施設）の名称 | ・事業所（施設）の名前が変わった場合 | ・運営規程 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 |
| 2 | 事業所（施設）の所在地 | ・事業所（施設）の住所が変わった場合 ・事業所（施設）が移転した場合 | ・事業所（施設）の平面図（標準様式第3号） ※各室の用途を明記のこと。 ・運営規程 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 |
| 3 | 申請者の名称（個人にあっては、氏名） | ・法人等の名前が変わった場合 | | △ | △注2 | △注2 | △注2 | △注2 | △注2 | △注2 | △注2 | △注2 | △注2 | △注2 | △注2 | △注2 | △注2 | △注2 |
| 4 | 主たる事務所の所在地（個人にあっては、住所） | ・法人等の住所が変わった場合 ・法人等の事務所が移転した場合 | ・登記事項証明書等 | △ | △注2 | △注2 | △注2 | △注2 | △注2 | △注2 | △注2 | △注2 | △注2 | △注2 | △注2 | △注2 | △注2 | △注2 |
| 5 | 法人等の種類 | ・法人等の種類が変更になった場合 ※事業譲渡等により法人が変更になる場合は、新規指定が必要となります。 | ・登記事項証明書等 | △ | △注5 | △注5 | △注5 | △注5 | △注5 | △注5 | △注5 | △注5 | △注5 | △注5 | △注5 | △注5 | △注5 | △注5 |
| 6 | 代表者（開設者）の氏名、生年月日、住所及び職名 | ・法人等の代表者が変更になった場合 ・法人等の代表者の氏名、住所、職名が変更になった場合 | ・登記事項証明書等 ・誓約書（標準様式第6号） ※代表者の姓、住所又は職名の変更は誓約書は不要 | △ | △注4 | △注4 | △注4 | △注4 | △注4 | △注4 | △注4 | △注4 | △注4 | △注4 | △注4 | △注4 | △注4 | △注4 |
| 7 | 登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る） | ・登記事項証明書等の記載内容（指定事業に関する部分＝事業目的等）が変更になった場合 | ・登記事項証明書又は条例等 | △ | △注5 | △注5 | △注5 | △注5 | △注5 | △注5 | △注5 | △注5 | △注5 | △注5 | △注5 | △注5 | △注5 | △注5 |
| 8 | 事業所（施設）の建物の構造、専用区画 | ・事業所（施設）の平面図や構造等が変更になった場合 ・事業所（施設）を増築したり、事業に係る敷地面積が増えた場合 ・事業所（施設）が移転した場合 など | ・変更後の事業所（施設）の平面図（標準様式第3号） ※各室の用途を明記のこと。 ・建築確認申請書、検査済証及び消防関係書類の写し ※建築確認申請を行った場合 ・施設の使用許可証又は変更許可申請書の写し | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注1 | △注10 | △注10 |
| 9 | 備品（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業） | ・備品に変更があった場合 | ・事業所の設備・備品等に係る項目一覧表（標準様式第4号） | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
| 10 | 利用者の推定数 | ・利用者の推定数に変更があった場合 | ※サービス提供責任者の配置数に影響する変更があった際に届け出ること。またその際は「12 サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴」も併せて提出すること。 | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
| 11 | 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・介護医療院は、事前に承認を受ける。） | ・事業所（施設）の管理者の氏名又は住所が変わった場合 | ・資格証等の写し | ○ | ○ | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ◎注11 | ◎注11 | ◎注11 |
| 12 | サービス提供責任者の氏名、住所及び経歴 | ・サービス提供責任者に変更や増減があった場合 ・サービス提供責任者の氏名又は住所が変わった場合 | ・経歴書 ・資格証等の写し ※利用者の推定数に変更があったことが理由の場合は、「10 利用者の推定数」により届け出ること。 | ◎ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
| 13 | 運営規程 | ・事業所（施設）の運営規程の内容に変更があった場合 | ・変更後の運営規程 ※変更箇所を下線や色付け等で明記し、新旧対照表又は変更前の運営規程も添付すること。 ・勤務形態一覧表（標準様式第1号） ※運営規程の職員数の記載内容に変更があった場合に添付すること。例えば、「介護職員10人以上」と運営規程に定める事業所の介護職員が10名から11名に増員した場合、運営規程の変更事由に該当しないので届出は不要となる。 ★利用者の推定数及び入所者数の定員の要項に伴う従業者の増員については、16「利用者・入所者等の定員」による。 | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △注10 | △注10 |
| 14 | 協力医療機関・協力歯科医療機関 | ・協力医療機関（協力病院、協力歯科医療機関）に変更があった場合 ・協力医療機関に変更はないが、その名称・診療科名・契約内容に変更があった場合 | ・変更後の協力医療機関（協力病院、協力歯科医療機関）との契約書の写し※協力医療機関の変更の場合 ・協力医療機関に関する届出書（施設系サービス及び特定施設入居者生活介護に限る） | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △注10 | △注10 |
| 15 | 事業所の種別 | ・事業所の種別が変わった場合 | ・左を証明する書類 | △ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 16 | 提供する居宅療養管理指導の種類 | ・居宅療養管理指導において、以下の指導の種類に変更があった場合 ・医師又は歯科医師が行う指導 ・薬剤師が行う指導 ・管理栄養士が行う指導 ・歯科衛生士等が行う指導 | ・左を証明する書類 | △ | △ | △ | △ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 17 | 事業実施形態（本体施設が特別養護老人ホームの場合の空床利用型・併設事業所型の別） | ・短期入所生活介護において、空床利用事業所、併設事業所又は単独事業所の別が変わった場合 | ・運営規程等 | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 18 | 利用者、入所者又は入院患者の定員 | ・事業所（施設）の利用者等の定員に変更（増減）があった場合 | ・事業所（施設）の平面図（標準様式第3号） ※通所・入所系事業所（施設）のみ ・運営規程 ・資格証の写し ※従業者の増員を伴う場合のみ ※資格要件のない職種を除く | ◎ | ◎ | ◎注7 | ◎注8 | ◎注9 | ◎注9 | ◎注9 | ◎注9 | ◎注9 | ◎注9 | ◎注9 | ◎注9 | ◎注9 | ◎注10 | ◎注10 |

| | 変更届出書の 各変更事項 | 変更の届出が必要となる場合 | <添付書類> ・右の表が「○」の場合 付表 勤務形態一覧表（標準様式第1号） ・右の表が「△」の場合 付表 下欄の書類 ・右の表が「◎」の場合 付表 勤務形態一覧表（標準様式第1号） 下欄の書類 ・右の表が「/」の場合 届出不要 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ | ⑧ | ⑨ | ⑩ | ⑪ | ⑫ | ⑬ | ⑭ | ⑮ |
|-------------------|---|--|--|------|----------------|----------------|----------------|----------------|------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------|----------|-------|------|
| | | | | 訪問介護 | 訪問介護 (介護予防) | 訪問看護 (介護予防) | 訪問リハ (介護予防) | 居宅療養 (介護予防) | 通所介護 | 通所リハ (介護予防) | 短期療養 (介護予防) | 特定施設 (介護予防) | 福祉貸与 (介護予防) | 福祉販売 (介護予防) | 介護老人福祉施設 | 介護老人保健施設 | 介護医療院 | |
| 19 | 福祉用具の保管・消毒方法 (委託している場合にあっては、委託先の情報等) | ・福祉用具貸与事業所において、福祉用具の保管・消毒方法や委託の場合は委託先の名称や所在地、契約内容に変更があった場合 | ・保管・消毒のマニュアル等の写し ※委託の場合は契約書等の写し | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 20 | 併設施設の状況等 | ・併設する施設の有無や施設の概要が変更となった場合 | 任意様式 | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | ◎ | ◎ |
| 21 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | ・介護支援専門員として業務に従事する者に変更や増減があった場合 ・介護支援専門員として業務に従事する者の氏名に変更があった場合 | ・介護支援専門員一覧（標準様式第7号） ・介護支援専門員証の写し ※現在従事している者の分を添付すること。 | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | ◎ | ◎ |
| 介護老人保健施設及び介護医療院のみ | 広告制限 | ・介護医療院の名称ほか介護保険法第112条第1～3号で定める事項以外の事項を広告しようとするとき | ・介護医療院広告事項許可申請書により申請 | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | ◎注12 | ◎注12 |
| | 施設の共用の有無及び共用の場合の利用計画 | ・当該施設と供用する施設及びその利用計画に変更が生じた場合 | ・共用する施設の概要及びその利用計画（任意様式） | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | ◎注10 | ◎注10 |

注1：当該事業所の所在地以外の場所に、当該事業所の一部として使用されている事務所や事業の一部を行う施設（いわゆるサテライト事業所：P3参照）を有するときは、当該事業所（施設）の名称・所在地の変更を含む。

注2：事業所が法人以外の開設する病院、診療所又は薬局であるときは、「開設者の氏名」又は「開設者の住所」の変更の場合。

注3：地方公共団体の開設する施設の管理を指定管理者に行わせる場合にあっては、指定管理者に係る変更を含む。

注4：事業所（施設）が法人以外の開設する病院、診療所又は薬局である場合は、代表者を開設者に読み替える。

注5：事業所（施設）が法人以外の開設する病院、診療所又は薬局である場合を除く。

注6：「入院患者の定員の増加」に伴う変更申請書に添付されていれば、提出不要。

注7：空床利用事業所の場合は「特別養護老人ホームの入所者の定員」、空床利用以外（＝併設事業所）の場合は「利用者の定員」に変更があった場合。

注8：老人性認知症疾患療養病棟を有する病院の場合は、「入院患者の推定数」に変更があった場合を含む。

注9：増加の場合には変更申請（増加申請）となる。

注10：当該項目を変更する際は、法第94条第2項又は法第107条第2項の規定により、事前に変更許可申請を行うこと。

（ただし、運営規程については、従業員の職種、員数及び職務の内容並びに入所定員に係るものに限るほか、入所定員にあっては入所定員又は療養室の定員数を減少させようとするときは許可をすることを要しない。）

注11：管理者を変更しようとする際は、法第95条又は法第109条の規定により、事前に管理者承認申請を行うこと。

注12：介護保険法で定められた事項以外の項目を広告しようとする際は、法第98条第1項第4号又は法第112条第1項第4号の規定により、事前に広告事項許可申請を行うこと。

第5部 指定の特例

1 みなし指定

(1) みなし指定が適用となる場合

介護保険制度において、実際に介護保険サービスを提供するには、サービスを行う事業所（施設）ごとに都道府県知事の指定（許可）を受ける必要がありますが、この事業者指定（許可）の特例として、下記①及び②の事業者が行う一定のサービスについて、指定があったものとみなされる、「みなし指定」の規定が適用されます。

- ① 健康保険法により「保険医療機関」の指定を受けた病院・診療所及び「保険薬局」の指定を受けた薬局は、次のサービスの指定があったとみなされます。【医療みなし】

| 対象事業者 | みなし指定の要件 | みなし指定となるサービス (介護予防を含む) |
|--------------------|---------------------------|---|
| 保険医療機関 (病院・診療所) | 健康保険法による保険医療機関の指定を受けていること | 居宅療養管理指導、訪問看護 訪問リハビリテーション 通所リハビリテーション※ 短期入所療養介護※ |
| 保険薬局 | 健康保険法による保険薬局の指定を受けていること | 居宅療養管理指導 |

※ 短期入所療養介護については、療養病床を有する病院又は診療所に限る。

- ② 介護保険法により下記の施設の指定（許可）を受けた場合は、次のそれぞれのサービスの指定があったものとみなされます。【施設みなし】

「介護老人保健施設」「介護医療院」：訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護

- 保険医療機関・保険薬局の指定を受けた日を指定日として、自動的にみなし指定が適用となります（本体の指定日＝みなし指定日）。ただし、後述する「指定を不要とする旨の申出書を提出した場合はみなし指定とはなりません。

- みなし指定を受けた「医療機関」及び「薬局」の介護保険事業所番号の考え方は次のとおりです。

| | |
|----|--------------------|
| 医科 | 071 + 7桁の保険医療機関コード |
| 歯科 | 073 + 7桁の保険医療機関コード |
| 薬局 | 074 + 7桁の保険医療機関コード |

- みなし指定が適用となった場合、指定申請は必要ありませんが、特別地域加算等の各種加算を請求する際は、事前に県へ「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(＝体制届)」(P23参照)を提出する必要があります。

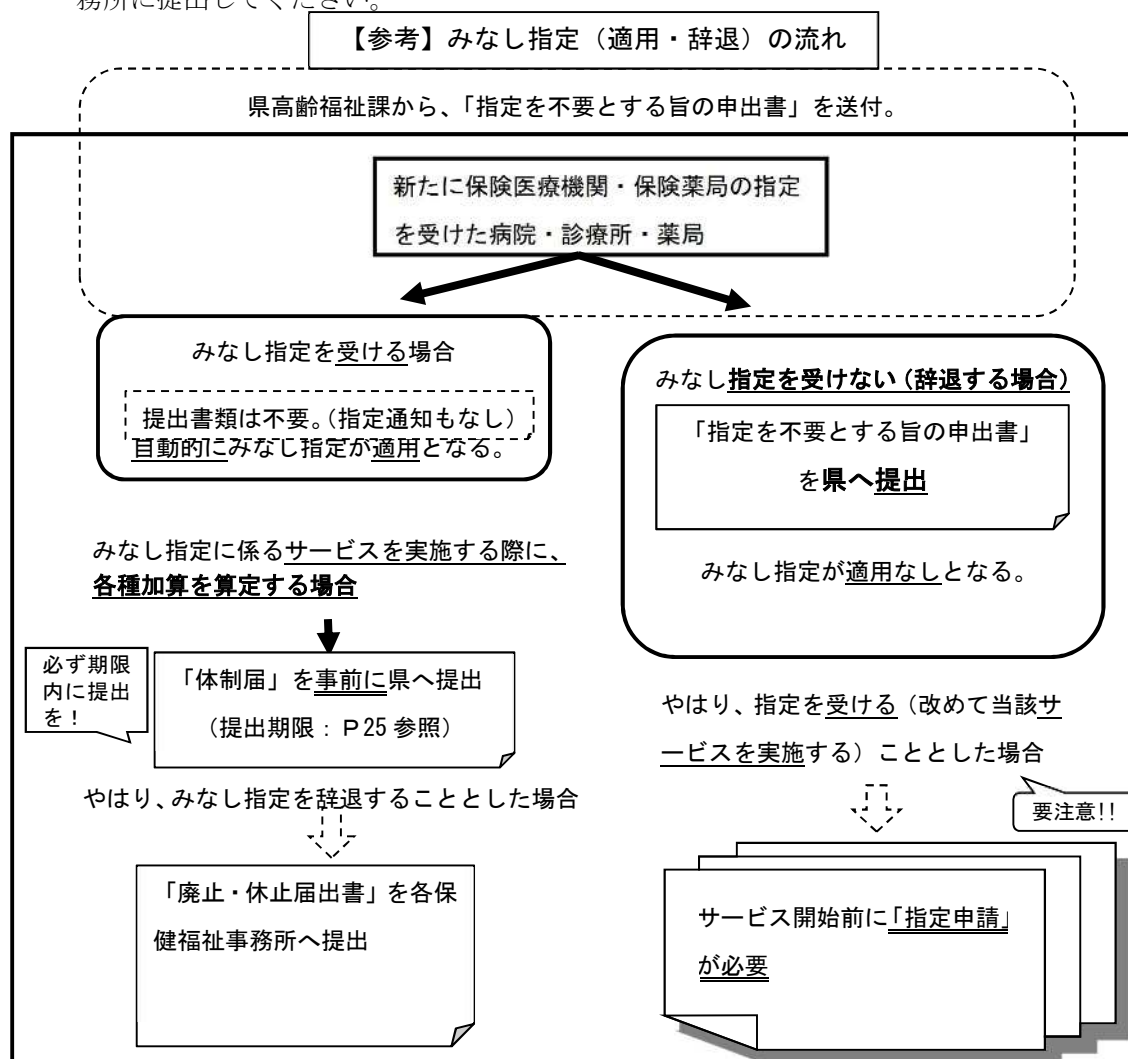
- 医療みなしにおいて通所リハビリテーション及び短期入所療養介護（療養病床を有する病院及び診療所に限る）を行う場合には設備基準等の確認が必要になりますので、事業開始予定日前に十分余裕をもって必ず事前に所管する保健福祉事務所までご相談ください。

※平成21年3月13日付け老振発第0313002号、老老発第0313002号通知により、通所リハビリテーションの指定があったものとみなされる病院等については、通所リハビリテーションが実施される病院等の環境にかんがみ、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第1医科診療報酬点数表の脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料に係る施設基準に適合しているものとして届出をすることが想定されています。

(2) 「指定を不要とする旨の申出書」について

みなし指定が適用となる保険医療機関・保険薬局において、みなし指定の対象となる介護保険サービスを行う意向がなく、当該サービスに係る介護保険法の指定を希望しない場合は、保険医療機関・保険薬局の指定時に「指定を不要とする旨の申出書」を提出することで、みなし指定を辞退することができます。

- 「指定を不要とする旨の申出書」は保険医療機関・保険薬局の指定の後に県高齢福祉課から送付しますので、みなし指定が不要な場合は申出書を提出してください。
- 一旦「指定を不要とする旨の申出書」を提出し、みなし指定を辞退した後、改めて当該サービスの実施を希望の場合は、通常の指定時と同様、「指定申請」を行う必要があります。
- みなし指定が適用となった後、みなし指定にかかるサービスを実施しない意向となり、指定を辞退することとなった場合は、「廃止・休止届出書」（様式第一号（七））を各保健福祉事務所に提出してください。



様式第一号(四)

記載例 (病院・診療所の場合)
(訪問看護・介護予防訪問看護のみ、みなし指定を受ける場合)

指定を不要とする旨の届出書

令和〇年 〇月 〇日

福島県知事 住所 〇〇市〇〇町〇〇字〇〇 〇丁目〇番
申請者 (所在地)
氏名 医療法人〇〇会
(名称及び代表者氏名) 理事長〇〇〇〇
(個人にあつては、住所及び氏名)

次のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。

| | | |
|----------------|---|---|
| 開設者 | 名称 | 医療法人〇〇会 |
| | 施設種別 | 診療所 〇〇クリニック |
| | 所在地 | (郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇〇町〇〇字〇〇 〇丁目〇番 |
| 管理者 | 氏名 | 〇〇〇〇 |
| | 住所 | (郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇〇町〇〇字〇〇 〇丁目〇番 |
| 申出に係る居宅サービスの種類 | <input type="checkbox"/> 訪問看護 | みなし指定を受ける(=当該サービスを実施する意向がある)サービスの種類には〇をつけない |
| | <input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション | みなし指定を受けない(=当該サービスを実施する意向がない)サービスの種類に〇をつける |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション | |
| | <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 | |
| | <input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導 | |
| | <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション | |
| | <input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション | |
| | <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 | |
| | <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護 | |

備考 申し出を行う居宅サービスについて〇印を付してください。

様式第一号(四)

記載例(薬局の場合)
(居宅療養管理指導のみ、みなし指定を受ける場合)

指定を不要とする旨の届出書

令和〇年 〇月 〇日

福島県知事

住所 〇〇市〇〇町〇〇字〇〇 〇丁目〇番

申請者 (所在地)

氏名 株式会社〇〇〇〇

(名称及び代表者氏名) 代表取締役〇〇〇〇

(個人にあつては、住所及び氏名)

次のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。

| | | |
|----------------|------------------------------------|---|
| 開設者 | 名称 | 株式会社〇〇〇〇 |
| | 施設種別 | 薬局 〇〇薬局 |
| | 所在地 | (郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇〇町〇〇字〇〇 〇丁目〇番 |
| 管理者 | 氏名 | 〇〇〇〇 |
| | 住所 | (郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇〇町〇〇字〇〇 〇丁目〇番 |
| 申出に係る居宅サービスの種類 | 訪問看護 | 薬局においてみなし指定対象になるのは、居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導のみ |
| | 介護予防訪問看護 | |
| | 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 | |
| | <input type="radio"/> 居宅療養管理指導 | みなし指定を受ける(=当該サービスを実施する意向がある)サービスの種類には〇をつけない |
| | <input type="radio"/> 介護予防居宅療養管理指導 | |
| | 通所リハビリテーション | みなし指定を受けない(=当該サービスを実施する意向がない)サービスの種類には〇をつける |
| | 介護予防通所リハビリテーション | |
| | 短期入所療養介護 | |
| 介護予防短期入所療養介護 | | |

備考 申し出を行う居宅サービスについて〇印を付してください。

2 基準該当サービス

介護保険制度において介護保険サービスを提供するには、都道府県知事の指定を受けることが原則ですが、指定要件の一部を満たさない事業者であっても、地域の実情等から、一定水準を満たすサービス提供を行う事業者について、市町村判断により、そのサービスを保険給付の対象とすることができます。

これらのサービスを、「基準該当居宅サービス」、「基準該当居宅介護支援」、「基準該当介護予防支援」又は「基準該当介護予防サービス」といいます。

○ 基準該当サービスの種類・要件

| サービスの種類 | | 保険給付の対象となるための要件 | |
|----------|--------------|--------------------------------|---|
| | | 以下の要件を満たし、 <u>市町村が必要と認める場合</u> | |
| | | 設置主体 | 人員・設備・運営基準 ※1 |
| 居宅サービス | 訪問介護 | 法人格 必要なし | 「福島県指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」（平成24年12月28日福島県条例第80号）で定める基準該当居宅サービスに関する基準を満たすこと |
| | 訪問入浴介護 | | |
| | 通所介護 | | |
| | 短期入所生活介護 | | |
| | 福祉用具貸与 | | |
| 介護予防サービス | 介護予防訪問介護 | 法人格 必要なし | 「福島県指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例」（平成24年12月28日福島県条例第82号）で定める基準該当介護予防サービスに関する基準を満たすこと |
| | 介護予防訪問入浴介護 | | |
| | 介護予防通所介護 | | |
| | 介護予防短期入所生活介護 | | |
| | 介護予防福祉用具貸与 | | |

※1 ただし、サービスの確保が著しく困難な地域のうち、厚生労働大臣が定める特例居宅介護サービス者等の支給に係る離島その他の地域の基準において市町村が必要と認める場合には、当該「基準該当サービス」の人員・設備・運営基準の要件を満たさない場合でも、保険給付の対象とすることができます。（法42条・47条、54条・59条）

- 基準該当サービス等（※1の場合を含む）として事業を行うことができる範囲は、当該サービスを介護給付の対象とすることについて認めた市町村内に限ります。
- 基準該当サービス等（※1の場合を含む）として事業を行うことの可否は、市町村が個別に判断しますので、基準該当サービス等として事業を実施することについては、所管の市町村へお問い合わせください。

3 共生型サービス（訪問介護、通所介護、（介護予防）短期入所生活介護）

（1）共生型サービスの特例

障害福祉制度における居宅サービス（デイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイ）の指定を受けている事業所が、介護保険制度における居宅サービスの指定を受けやすくなる、居宅サービスの指定の特例として平成30年4月から制度化されたものです。

ただし、介護保険または障害福祉制度のいずれかの指定を受けていることをもって他方の制度における「みなし」指定とはならず、指定申請により指定を受ける必要があります。

（2）共生型サービスの基準について

基準はそれぞれのサービスごとに定められていますが、介護保険制度のサービスの利用者と障害福祉制度のサービスの利用者の合計数に対して、障害福祉制度のサービスとして必要な人員が配置されていることなどがその主な要件となっています。詳細は県条例等を参照してください。

なお、申請に必要な書類等は共生型サービスでない場合に提出する必要がある書類に準じます。

（3）特例による指定を不要とする場合

障害福祉制度の居宅サービスの指定を受けている事業者が介護保険制度の指定を受ける場合で、特例による指定を不要とする場合は、通常の基準で指定基準を満たす必要があるほか、指定申請と併せて「共生型（介護予防）サービスの指定を不要とする旨の申出書」により申出を行ってください。

これにより、介護保険制度単独で人員・設備基準を満たすことが要件となり、介護報酬上も通常の訪問介護、通所介護、（介護予防）短期入所生活介護としての請求が可能となります。

**共生型サービスの特例による指定を不要とする申出の場合
【通所介護の場合】**

共生型（介護予防）サービスの指定
を不要とする旨の申出書

令和〇年〇月〇日

福島県知事

主たる事務所の所在地
申出者 名 称 株式会社杉妻介護
代表者の氏名 福島 太郎
(個人にあつては、住所及び氏名)

介護保険法第72条の2第1項ただし書及び同法第115条の2の2第1項ただし書きの規定により、次のとおり同法第72条の2第1項及び同法第115条の2の2第1項の特例による指定を不要とする旨を申し出ます。

| | | |
|--------------------------|---|---------------------------------|
| 開設者 | 名 称 | 株式会社杉妻介護 |
| | 所 在 地 | (郵便番号 960-0000) 福島県福島市杉妻町0-0 |
| 申出に係る事業所 | 名 称 | デイサービスセンター杉妻 |
| | 所 在 地 | (郵便番号 960-0000) 福島県福島市杉妻町0-1 |
| | 管 理 者 の 氏 名 | 杉妻 次郎 |
| | 管 理 者 の 住 所 | 福島県福島市杉妻町0-2 |
| 申出に係る居宅サービス及び介護予防サービスの種類 | 1 訪問介護 ② 通所介護 3 短期入所生活介護 4 介護予防短期入所生活介護 | |

備考

- 1 「申出に係る居宅サービス及び介護予防サービスの種類」欄は、該当するものの番号を○で囲んでください。
- 2 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番としてください。

4 「公設民営」の事業所（施設）における「申請者」について

行政が施設を用意し、指定管理者制度により民間法人にその「公の施設」の管理運営を委託する、いわゆる「公設民営」の事業所や施設における、介護保険法上の指定（許可）の「申請者」については、サービス種別等に応じてそれぞれ以下のとおり整理されています。

(1) 公設民営の「介護保険施設」の場合

公設民営の「介護保険施設」については、「施設の開設者」が指定申請を行うこととされていることから、下記のとおり、利用料金制（*注）の有無に関わらず、「施設の開設者」である「地方公共団体」が、介護保険法上の指定（許可）の「申請者」となります。

なお、「利用者との契約締結等の主体」については、利用料金制の有無により異なります。

| 公設民営の「介護保険施設」 | 介護保険法上の指定の申請主体 =「申請者」 | (参考) 利用者との 契約締結等の主体 |
|---------------|--------------------------|------------------------|
| 利用料金制 なし | 地方公共団体 | 地方公共団体 |
| 利用料金制 あり | 地方公共団体 | 指定管理者 |

(2) 公設民営の「居宅サービス事業（通所系・短期入所系・居住系サービス）」の場合

公設民営の、通所系・短期入所系・居住系サービスを行う事業所（＝訪問系サービス・居宅介護支援以外）については、「事業を行う者」が指定申請を行うこととされていることから、下記のとおり、当該居宅サービス事業の「提供主体」である「指定管理者」が、介護保険法上の指定の「申請者」となります。

ただし、利用料金制（*注）を採用せず、介護報酬の收受主体を地方公共団体としている場合は、「地方公共団体」が指定の「申請者」となります。

なお、「利用者との契約締結等の主体」についても、利用料金制の有無により異なります。

| 公設民営の「居宅サービス事業」（＝訪問系サービス等以外）を行う介護サービス提供施設 | 介護保険法上の指定の申請主体 =「申請者」 | (参考) 利用者との 契約締結等の主体 |
|---|--------------------------|------------------------|
| 利用料金制 なし | 地方公共団体 | 地方公共団体 |
| 利用料金制 あり | 指定管理者 | 指定管理者 |

(3) 公設民営の「居宅サービス事業（訪問系サービス・居宅介護支援）」の場合】

公設民営の、訪問系サービス・居宅介護支援を行う事業所については、デイサービスセンター等の「公の施設」に併設している場合等であって、住民の利用関係等を考慮し、当該事業所が「公の施設」と位置付けられている場合か否か等により、申請者が異なります。

| 公設民営の 「訪問系サービス・居宅介護支援」 | | 介護報酬の收受主体 | 介護保険法上の指定の 申請主体＝「申請者」 |
|---------------------------|---------------------------------------|----------------------|--------------------------|
| 「公の施設」と 位置づける場合 | 併設のデイサービスセンター等と一体的運営 | 地方公共団体 | 地方公共団体 |
| | 併設のデイサービスセンター等と切り離れた運営 | 民間法人 | 民間法人 |
| 「公の施設」と 位置づけない 場合 | 地方公共団体の委託事業として位置づけられ、実態も市町村が運営している場合 | 地方公共団体 (民間法人へ委託可) | 地方公共団体 |
| | 行政財産の目的外使用許可により、民間法人が自らの責任において事業を行う場合 | 民間法人 | 民間法人 |

*注 「利用料金」とは「公の施設の利用の対価」であり、「公の施設」の管理運営の委託を受けた「指定管理者」が、当該施設の利用に係る「利用料金」（＝介護保険施設等の場合は「介護報酬」に相当）を徴収する場合は、「利用料金制あり」となります。なお、「訪問系サービス及び居宅介護支援」における「介護報酬」は、「役務」の対価であり、「施設の利用料金」に該当しないため、当該公設民営の事業所に「利用料金制度」は適用されません。

第6部 指定の制限等

1 居宅サービス等の指定にかかる市町村への意見照会について

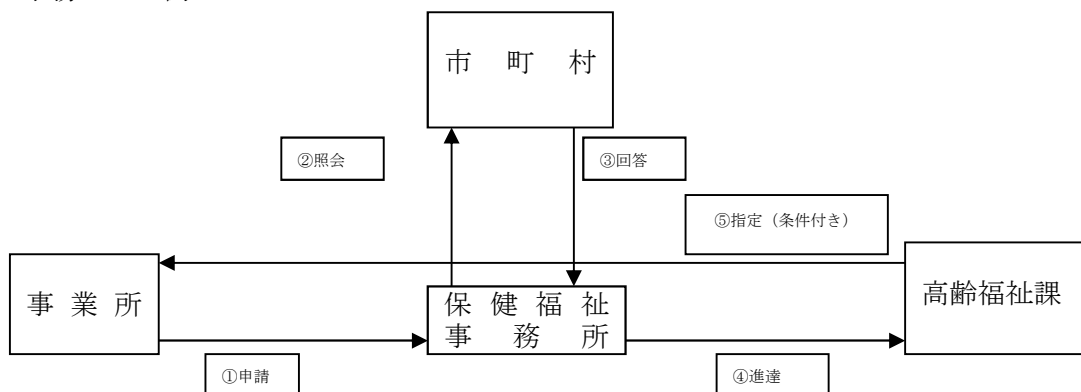
居宅サービス等の指定申請があった場合、介護保険法上の各種規定により、市町村へ意見を求める場合があります。

指定の制限等にかかる規定及び意見照会を行う場合の事例やフローの概要は次のとおりです。

(1) 特定施設入居者生活介護、介護保険施設

介護保険法第70条第6項（同第86条第3項、第94条第6項、第107条第6項）の規定等に基づき、指定申請があった場合は、市町村介護保険事業計画との調整を図る見地から市町村に意見を求めます。（入所定員の増加の場合も同様）

《事務フロー例》



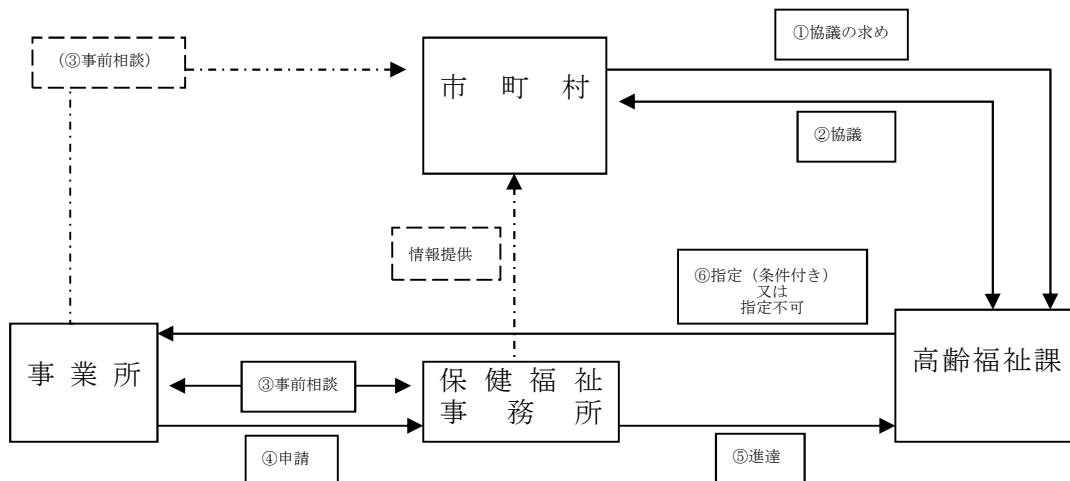
(2) 訪問介護・通所介護・短期入所生活介護

介護保険法第70条第10項の規定に基づき、

- ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・ 小規模多機能型居宅介護
- ・ 看護小規模多機能型居宅介護

のサービスの事業所が当該申請に係る市町村に所在する場合、またはその他厚生労働省令で定める（介護保険法施行規則第126条の9）場合に、当該市町村又は当該日常生活圏域における居宅サービスの種類ごとの量が、当該市町村が定める市町村介護保険事業計画において定める当該市町村又は当該日常生活圏域における当該居宅サービスの種類ごとの見込量に既に達しているか、当該指定によってこれを超えることになるときその他市町村介護保険事業計画の達成に支障を生じる恐れがある場合であって、市町村の求めに応じて県-市町村で協議を行った結果、「訪問介護・通所介護・短期入所生活介護」の指定をしない又は条件を付すことができます。

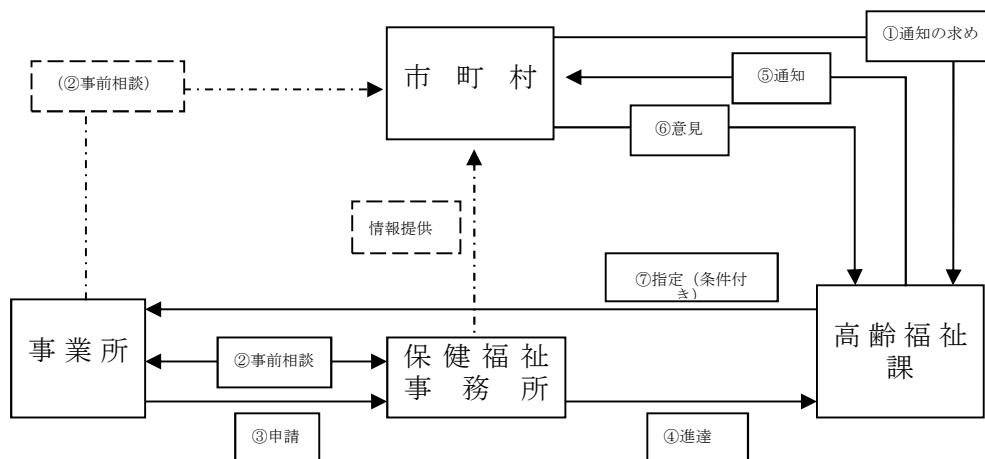
《事務フロー例》※市町村から協議の求めがあった場合



(3) 居宅サービス（特定施設入居者生活介護を除く）

介護保険法第70条第7項（法第115条の2第4項）の規定に基づき、関係市町村からの求めがあった場合、県は指定申請があった場合には当該市町村に通知することとされ、当該市町村は市町村介護保険事業計画との調整を図る見地から意見を申出ることができるとされています。県はその意見を勘案し指定の際に条件を付すことができます。

《事務フロー例》※市町村から通知の求めがあった場合



(4) その他（訪問介護における通院等乗降介助について）

訪問介護における通院等乗降介助を実施しようとする場合、道路運送法上の必要な許可等を得ることのほか、都道府県は事業所の所在地の市町村に対して、意見を求めることとされています。

従って、訪問介護事業所として新規指定を受けた後に、通院等乗降介助を実施しようとする場合の「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」の提出は、通院等乗降介助を開始しようとする前々月末までにお願いします。

第7部 電子申請届出システムによる 申請

1 電子申請届出システムについて

電子申請届出システムとは、介護保険法上やその他各種届出について、画面に直接入力したり、添付資料をまとめて提出したりすることができるシステムです。介護事業者の申請届出に係る業務負担が軽減されることが期待されます。

詳細については、以下の厚生労働省ホームページを御確認ください。

「介護事業所の指定申請等のウェブ入力・電子申請の導入、文書標準化」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-shinsei.html>

○福島県においては、令和6年12月1日より、**様式第一号（五）「変更届出書」**についてのみ電子申請届出システムによる受付を開始いたします。変更届以外の届出・申請についても順次追加する予定ですので、以下の福島県HPをご確認ください。

福島県HP > 組織で探す > 高齢福祉課（介護保険担当） > メニュー > 電子申請届出システム

○電子申請届出システムによる届出を行うためには、GビズIDの取得など事前の準備が必要です。詳細はHPに掲載してあります、**厚労省資料「電子申請・届出システム利用準備の手引き」**をご参照ください。

～ 本書に関するお問い合わせ先 ～

福島県保健福祉部高齢福祉課
 福島市杉妻町2番16号（県庁西庁舎7階）
 電話024-521-7745
 URL <http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21025d/kaigo-index.html>

～ 所管の各出先機関 ～

| ＜所管の各出先機関＞ | |
|--|---|
| 申請書等は事業者の所在する地域を管轄する保健福祉事務所又はいわき地方振興局（いわき地方振興局は業務管理体制届に限る）へ提出願います。 | |
| 県北地方 | 県北保健福祉事務所 健康福祉部 保健福祉課 高齢者支援チーム 〒960-8012 福島市御山町8番30号 TEL024-534-4156 |
| 県中地方 | 県中保健福祉事務所 健康福祉部 保健福祉課 高齢者支援チーム 〒962-0834 須賀川市旭町153番1号 TEL0248-75-7808 |
| 県南地方 | 県南保健福祉事務所 健康福祉部 保健福祉課 高齢者支援チーム 〒961-0074 白河市字郭内127番地 TEL0248-22-5478 |
| 会津地方 | 会津保健福祉事務所 健康福祉部 保健福祉課 高齢者支援チーム 〒965-0807 会津若松市城東町5番12号 TEL0242-29-5272 |
| 南会津地方 | 南会津保健福祉事務所 健康福祉部 保健福祉課 〒967-0004 南会津郡南会津町田島字天道沢甲2542番地の2 TEL0241-63-0305 |
| 相双地方 | 相双保健福祉事務所 健康福祉部 保健福祉課 高齢者支援チーム 〒975-0031 南相馬市原町区錦町一丁目30番地 TEL0244-26-1133 |
| いわき地方 | いわき地方振興局 県民部 福祉課 〒970-8026 いわき市平字梅本15番地 TEL0246-24-6204 |

※中核市に所在する事業所については、各市へお問い合わせください。

| | | |
|-------------|----------------|----------------|
| 福島市に所在する場合 | 福島市福祉監査課 | 電話024-597-6468 |
| 郡山市に所在する場合 | 郡山市保健福祉部介護保険課 | 電話024-924-3021 |
| いわき市に所在する場合 | いわき市保健福祉部介護保険課 | 電話0246-22-7467 |