

(参考) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項  
(本体施設が特別養護老人ホーム以外の場合の併設事業所型) 記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療 機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

付表第一号(十一) 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号											
	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号					—		)		市 区 町 村	
	連絡先	電話番号	(内線)					FAX 番号				
事業所種別 (該当に○を記入)	①介護老人保健施設											
	②療養病床を有する病院・診療所											
	③②に該当しない診療所											
	④介護医療院											
管理者	フリガナ											
	氏名											
	生年月日											
住所 (郵便番号 — )												
病棟名												
サ ー ビ ス 提 供 単 位 1 (事 業 所 種 別 ③ に 該 当 の 場 合 記 入)	介護形式(いずれか一方を選択) <input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型											
	申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員 人											
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数											
			医師		薬剤師		看護職員		介護職員		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)											
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟(病室)部分の設備基準上の数値記載項目											
	入院患者1人あたり床面積											m <sup>2</sup>
		廊下		片廊下の幅								m
				中廊下の幅								m
		食堂										m
建物の構造											<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他	
サ ー ビ ス 提 供 単 位 2 (事 業 所 種 別 ③ に 該 当 の 場 合 記 入)	介護形式(いずれか一方を選択) <input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型											
	申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員 人											
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数											
			医師		薬剤師		看護職員		介護職員		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)											
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟(病室)部分の設備基準上の数値記載項目											
	入院患者1人あたり床面積											m <sup>2</sup>
		廊下		片廊下の幅								m
				中廊下の幅								m
		食堂										m <sup>2</sup>
建物の構造											<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他	
添付書類	別添のとおり											

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。  
 2 「申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員」欄は、当該施設等のうち、短期入所療養介護に供する部分の定員について記載すること。  
 3 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が行うものについては、法第71条第1項及び第72条第1項の規定により指定があったものとみなされる場合は、本申請の必要はありません。

(参考) 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■複数病棟

病棟名												
サービス提供単位1 (事業所種別③に該当) の 場合記入)	介護形式(いずれか一方を選択)	<input type="checkbox"/> 従来型					<input type="checkbox"/> ユニット型					
	申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員	人										
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数	医師		薬剤師		看護職員		介護職員		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)											
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟(病室)部分の設備基準上の数値記載項目	入院患者1人あたり床面積										m <sup>2</sup>
廊下		片廊下の幅										m
		中廊下の幅										m
食堂										m <sup>2</sup>		
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他						
サービス提供単位2 (事業所種別③に該当) の 場合記入)	介護形式(いずれか一方を選択)	<input type="checkbox"/> 従来型					<input type="checkbox"/> ユニット型					
	申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員	人										
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数	医師		薬剤師		看護職員		介護職員		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)											
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟(病室)部分の設備基準上の数値記載項目	入院患者1人あたり床面積										m <sup>2</sup>
廊下		片廊下の幅										m
		中廊下の幅										m
食堂										m <sup>2</sup>		
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他						

付表第一号(十二) 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号													
	フリガナ													
	名称													
	所在地	(郵便番号		—		)		都 道		市 区				
		府 県				町 村								
連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号								
	Email													
施設区分 (該当に○)	有料老人ホーム													
	軽費老人ホーム													
	サービス付き高齢者向け住宅													
	養護老人ホーム													
入居者の要件 (該当に○)	介護専用型													
	介護専用型以外													
サービスの提供形態 (該当に○)	一般型													
	外部サービス利用型													
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号				—		)	
	氏名													
	生年月日													
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)													
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地												
兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等														
協力医療機関	名称					主な診療科名								
	名称					主な診療科名								
	名称					主な診療科名								
○人員に関する基準の確認に必要な事項														
従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		計画作成担当者					
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
	常勤(人)													
	非常勤(人)													
常勤換算後の人数(人)														
○設備に関する基準の確認に必要な事項														
建物の構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他									
入居定員	人													
利用者数	人(前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)													
	要介護者		人		要支援者		人							
添付書類	別添のとおり													

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。  
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。



(参考) 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

付表第一号(十三) 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号					
	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 _____ ) 都 道 市 区 府 県 町 村				
	連絡先	電話番号 _____ (内線) _____	FAX 番号 _____			
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 _____ )	
	氏名					
	生年月日					
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)					
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地				
	兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等					
貸与種目						
利用者の推定数			人			
○人員に関する基準の確認に必要な事項						
従業者の職種・員数			専門相談員			
			専 従		兼 務	
			常 勤(人)			
			非常勤(人)			
常勤換算後の人数(人)						
添付書類	別添のとおり					

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
  - 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
  - 3 貸与種目は、「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「手すり」、「スロープ」、「歩行器」、「歩行補助つえ」、「認知症老人徘徊感知機器」、「移動用リフト(つり具の部分を除く.)」、「自動排泄処理装置」のうちから記入してください。

## 付表第一号(十四) 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 ー ) 都 道 市 区 府 県 町 村			
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX 番号	
	Email				
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 ー )		
	氏名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地	兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等		
販売種目					
利用者の推定数	人				
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業員の職種・員数	専 従		専 務		
			兼 務		
	常 勤(人)				
	非常勤(人)				
常勤換算後の人数(人)					
添付書類	別添のとおり				

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。  
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。  
 3 販売種目は、「腰掛便座」、「自動排泄処理装置の交換可能部品」、「排泄予測支援機器」、「入浴補助用具」、「簡易浴槽」、「移動用リフトのつり具の部分」、「スロープ」、「歩行器」、「歩行補助つえ」のうちから記入してください。

付表第一号(十五) 介護老人福祉施設の指定等に係る記載事項

施設	法人番号									
	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号	—			)	都道	市区		
		府県				町村				
連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号					
	Email									
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号	—			
	氏名					)				
	生年月日									
	当該施設で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)									
他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地									
	兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等									
短期入所生活介護の有無		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	事業の実施形態		<input type="checkbox"/> 空床型	<input type="checkbox"/> 併設型			
協力医療機関	名称			主な診療科名						
	名称			主な診療科名						
	名称			主な診療科名						
	名称			主な診療科名						
介護形式(いずれか一方を選択)				<input type="checkbox"/> 従来型	<input type="checkbox"/> ユニット型					
○人員に関する基準の確認に必要な事項										
サービス提供単位1	従業者の職種・員数		医師		生活相談員		介護職員		看護職員	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
	介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数	常勤(人) 非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			栄養士・管理栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員等			
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
	介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数	常勤(人) 非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
	入所者数		人(推定数を記入)		短期入所利用者数		人(推定数を記入)			
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
				介護老人福祉施設		短期入所生活介護				
居室	1室あたりの最大定員			人		人				
居室	利用者1人あたりの最小床面積			㎡		㎡				
食堂と機能訓練室の合計面積				㎡		㎡				
廊下	片廊下の幅			m		m				
廊下	中廊下の幅			m		m				
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他				
入所定員				人						
介護形式(いずれか一方を選択)				<input type="checkbox"/> 従来型	<input type="checkbox"/> ユニット型					
○人員に関する基準の確認に必要な事項										
サービス提供単位2	従業者の職種・員数		医師		生活相談員		介護職員		看護職員	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
	介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数	常勤(人) 非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			栄養士・管理栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員等			
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
	介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数	常勤(人) 非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
	入所者数		人(推定数を記入)		短期入所利用者数		人(推定数を記入)			
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
				介護老人福祉施設		短期入所生活介護				
居室	1室あたりの最大定員			人		人				
居室	利用者1人あたりの最小床面積			㎡		㎡				
食堂と機能訓練室の合計面積				㎡		㎡				
廊下	片廊下の幅			m		m				
廊下	中廊下の幅			m		m				
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他				
入所定員				人						
添付書類		別添のとおり								

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。  
 2 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態(空床型・併設型の別)」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方にチェックをしてください。  
 3 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の設備に関する基準の確認に必要な事項欄については、記載を要しません。  
 4 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。  
 5 従業者の職種・員数の「※兼務」欄は、短期入所生活介護以外の兼務を行う従業者について記載してください。  
 6 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。

(参考) 介護老人福祉施設の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療 機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

付表第一号(十六) 介護老人保健施設の許可等に係る記載事項

施設	法人番号											
	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号	都 道	市 区	府 県	町 村						
連絡先	電話番号	(内線)			FAX 番号							
	Email											
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号					-	)			
	氏名											
	生年月日											
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)											
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)		兼務先の名称、所在地									
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等										
短期入所療養介護の実施の有無				<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	通所リハビリテーションの実施の有無		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
施設を共用する事業所等の名称(共用する場合記入)				フリガナ								
				名称								
協力医療機関	名称	主な診療科名										
	名称	主な診療科名										
	名称	主な診療科名										
	名称	主な診療科名										
サービス提供単位1	介護形式(いずれか一方を選択)								<input type="checkbox"/> 従来型	<input type="checkbox"/> ユニット型		
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数				医 師		薬 剤 師		看護職員		介護職員	
					専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護老人保健施設従事人数	常 勤(人)										
		非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)											
					理学・作業療法士、言語聴覚士	栄養士・管理栄養士		支援相談員		介護支援専門員		
					専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護老人保健施設従事人数	常 勤(人)										
		非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	療養室	1室の最大定員					人					
		入所者1人あたり最小床面積					㎡					
廊下	片廊下の幅					m						
	中廊下の幅					m						
機能訓練室面積						㎡						
食堂面積						㎡						
入所者の予定数						人						
一日当たりの通所総利用者予定数						人						
建物の構造						<input type="checkbox"/> 耐火建築物	<input type="checkbox"/> 準耐火建築物	<input type="checkbox"/> その他				
入所定員						人						
サービス提供単位2	介護形式(いずれか一方を選択)								<input type="checkbox"/> 従来型	<input type="checkbox"/> ユニット型		
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数				医 師		薬 剤 師		看護職員		介護職員	
					専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護老人保健施設従事人数	常 勤(人)										
		非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)											
					理学・作業療法士、言語聴覚士	栄養士・管理栄養士		支援相談員		介護支援専門員		
					専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護老人保健施設従事人数	常 勤(人)										
		非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	療養室	1室の最大定員					人					
		入所者1人あたり最小床面積					㎡					
廊下	片廊下の幅					m						
	中廊下の幅					m						
機能訓練室面積						㎡						
食堂面積						㎡						
入所者の予定数						人						
一日当たりの通所総利用者予定数						人						
建物の構造						<input type="checkbox"/> 耐火建築物	<input type="checkbox"/> 準耐火建築物	<input type="checkbox"/> その他				
入所定員						人						

○通所リハビリテーション(該当する場合のみ)												
○人員に関する基準の確認に必要な事項												
従業者の職種・員数		医師										
		専従	兼務									
		常勤(人)	非常勤(人)									
○設備に関する基準の確認に必要な事項												
専用の部屋の面積				㎡		利用定員(同時利用)			人			
サービス提供単位1	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
			常勤(人)	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
			営業時間		:							
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:									
		土曜日	:									
日曜日・祝日		:										
サービス提供時間		:										
利用定員		人										
サービス提供単位2	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
			常勤(人)	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
			営業時間		:							
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:									
		土曜日	:									
日曜日・祝日		:										
サービス提供時間		:										
利用定員		人										
添付書類		別添のとおり										

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
- 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
- 3 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

(参考) 介護老人保健施設の許可等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

■通所リハビリテーションサービス提供単位3以降

サービス提供単位3	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	営業時間		:									
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:									
		土曜日	:									
	入	日曜日・祝日	:									
サービス提供時間		:										
利用定員		人										
サービス提供単位4	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	営業時間		:									
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:									
		土曜日	:									
	入	日曜日・祝日	:									
サービス提供時間		:										
利用定員		人										



付表第一号(十七) 介護医療院の許可等に係る記載事項

施設	法人番号									
	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号)		都道府県	市区町村					
連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号					
	Email									
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号)				
	氏名									
	生年月日									
	当該施設で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)									
他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地									
	兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等									
短期入所療養介護の実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		通所リハビリテーションの実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
施設を共用する事業所等の名称(共用する場合記入)		フリガナ名称								
協力医療機関	名称	主な診療科名								
	名称	主な診療科名								
	名称	主な診療科名								
	名称	主な診療科名								
療養棟名										
施設類型(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> I型介護医療院		<input type="checkbox"/> II型介護医療院						
介護形式(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型						
サービス提供単位1	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			理学・作業療法士、言語聴覚士	栄養士・管理栄養士		放射線技師		介護支援専門員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)										
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
療養室	1室の最大定員				人					
	入所者1人あたり最小床面積				㎡					
廊下	片廊下の幅				m					
	中廊下の幅				m					
機能訓練室面積				㎡						
食堂(共同生活室)面積				㎡						
入所者の予定数				人						
一日当たりの通所総利用者予定数				人						
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他				
入所定員				人						
介護形式(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型						
サービス提供単位2	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			理学・作業療法士、言語聴覚士	栄養士・管理栄養士		放射線技師		介護支援専門員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	介護医療院従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)										
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
療養室	1室の最大定員				人					
	入所者1人あたり最小床面積				㎡					
廊下	片廊下の幅				m					
	中廊下の幅				m					
機能訓練室面積				㎡						
食堂(共同生活室)面積				㎡						
入所者の予定数				人						
一日当たりの通所総利用者予定数				人						
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他				
入所定員				人						

○通所リハビリテーション(該当する場合のみ)											
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業者の職種・員数		医師									
		専従	兼務								
常勤(人)											
非常勤(人)											
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
専用の部屋の面積				㎡		利用定員(同時利用)			人		
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)											
非常勤(人)											
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
		その他(年末年始休日等)									
営業時間		:									
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:									
	土曜日	:									
	日曜日・祝日	:									
	サービス提供時間	:									
利用定員				人							
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)											
非常勤(人)											
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
		その他(年末年始休日等)									
営業時間		:									
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:									
	土曜日	:									
	日曜日・祝日	:									
	サービス提供時間	:									
利用定員				人							
添付書類		別添のとおり									

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。  
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。  
 3 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

(参考) 介護医療院の許可等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

■複数療養棟

療養棟名												
施設類型(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> I型介護医療院					<input type="checkbox"/> II型介護医療院					
介護形式(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> 従来型					<input type="checkbox"/> ユニット型					
○人員に関する基準の確認に必要な事項												
サービス提供単位3	従業者の職種・員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員			
	介護医療院従事人数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
		非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)											
	介護医療院従事人数	常勤(人)	理学・作業療法士、言語聴覚士	専従	兼務	栄養士・管理栄養士	専従	兼務	放射線技師	専従	兼務	
		非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	療養室	1室の最大定員				人						
		入所者1人あたり最小床面積				㎡						
廊下	片廊下の幅				m							
	中廊下の幅				m							
機能訓練室面積				㎡								
食堂(共同生活室)面積				㎡								
入所者の予定数				人								
一日当たりの通所総利用者予定数				人								
建物の構造				<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他				
入所定員				人								
サービス提供単位4	介護形式(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> 従来型					<input type="checkbox"/> ユニット型				
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員			
	介護医療院従事人数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
		非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)											
	介護医療院従事人数	常勤(人)	理学・作業療法士、言語聴覚士	専従	兼務	栄養士・管理栄養士	専従	兼務	放射線技師	専従	兼務	
		非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
療養室	1室の最大定員				人							
	入所者1人あたり最小床面積				㎡							
廊下	片廊下の幅				m							
	中廊下の幅				m							
機能訓練室面積				㎡								
食堂(共同生活室)面積				㎡								
入所者の予定数				人								
一日当たりの通所総利用者予定数				人								
建物の構造				<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他				
入所定員				人								

■通所リハビリテーションサービス提供単位3以降

サービス提供単位3		○人員に関する基準の確認に必要な事項										
		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員		
従業者の職種・員数		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)												
サービス提供単位3		○設備に関する基準の確認に必要な事項										
		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日			
営業日(該当に○)												
営業時間		その他(年末年始休日等)										
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:					~					
	土曜日	:					~					
	日曜日・祝日	:					~					
	サービス提供時間	:					~					
利用定員		人										
サービス提供単位4		○人員に関する基準の確認に必要な事項										
		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員		
従業者の職種・員数		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)												
サービス提供単位4		○設備に関する基準の確認に必要な事項										
		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日			
営業日(該当に○)												
営業時間		その他(年末年始休日等)										
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:					~					
	土曜日	:					~					
	日曜日・祝日	:					~					
	サービス提供時間	:					~					
利用定員		人										

付表第二号(一) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号											
	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 ー ) 都 道 市 区 府 県 町 村										
連絡先	電話番号	(内線)						FAX番号				
	Email											
管理者	フリガナ											
	氏名											
	生年月日											
	住所 (郵便番号 ー )											
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)											
他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地											
	兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等											
連携する訪問看護事業所(連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施する場合のみ記載)												
名称												
住所 (郵便番号 ー )												
○人員に関する基準の確認に必要な事項												
従業者の職種・員数	訪問介護員等				オペレーター		看護職員		理学・作業療法士、言語聴覚士		うち計画作成責任者	
	定期巡回サービス		随時訪問サービス		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
	常勤換算後の人数(人)											
添付書類	別添のとおり											

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 ー ) 都 道 市 区 府 県 町 村										
	連絡先	電話番号	(内線)						FAX番号			
	Email											

備考

- 1 記入欄が不足の場合は、遮宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
- 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
- 3 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。

(参考) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■連携する訪問看護事業所

連携する訪問看護事業所 (連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を 実施する場合のみ記載)	名称	(郵便番号 - )
	住所	
連携する訪問看護事業所 (連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を 実施する場合のみ記載)	名称	(郵便番号 - )
	住所	

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - )	都 道 府 県	市 区 町 村
	連絡先	電話番号 Email	(内線)	FAX番号

付表第二号(二) 夜間対応型訪問介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号											
	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号		—			)					
	都	道	市	区	府	県	町	村				
連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号						
	Email											
管理者	フリガナ							(郵便番号	—		)	
	氏名							住所				
	生年月日											
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)											
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合に記入)		兼務先の名称、所在地									
		兼務先のサービス種別、 兼務する職種及び勤務時間 等										
○人員に関する基準の確認に必要な事項												
オペレーションセンターの有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
オペレーションセンターの設置数		か所										
従業者の職種・員数	訪問介護員等				オペレーター		面接相談員					
	定期巡回サービス		随時訪問サービス		専従		兼務		専従		兼務	
	専従	兼務	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)												

(夜間対応型訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号		—			)	
		都	道	市	区	府	県	町
連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号		
	Email							

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。  
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。  
 3 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。

(参考) 夜間対応型訪問介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

(夜間対応型訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所

事業所	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便番号	—	)	
		都 道	府 県	市 区	町 村
連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号	
	Emai l				