

介護保険事業者指定申請の手引き

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護編

愛知県福祉局高齢福祉課

目 次

I 指定について

- 1 指定の意義
- 2 指定の基準
- 3 共生型短期入所生活介護
- 4 指定の事務の流れ

II 指定申請書類について

- 1 指定申請書類一覧について
- 2 指定申請書類の記入要領について

この手引きは、新規指定の申請をされる方に、運営基準を理解しながら手続きを行っていただけるよう作成しました。

また、既に開設された事業所の方にも、運営基準に則した適正な運営のために活用していただけましたら幸いです。

なお、この手引きは、随時見直しています。その都度、愛知県のホームページ（高齢福祉課介護保険指導第一グループ）にて改訂版を提供しますので、**必ずホームページで最新版を御確認の上、申請手続きをしてください。**

この手引きは、令和7年6月版です

1 指定について

I-1 指定の意義

- ・ 愛知県内（名古屋市、東三河地区（豊橋市、豊川市、蒲郡市、新城市、田原市、設楽町、東栄町、豊根村）、岡崎市、一宮市、豊田市を除く）に事業所を設置し、介護保険法に基づく居宅サービス（介護予防サービス）の事業を行い介護報酬を受けるには、愛知県知事の指定を受ける必要があります。
- ・ 指定は、事業者からの申請に基づき、事業所ごとに行います。
- ・ 指定にあたり、①申請者が法人であること、②従業者の人員、設備及び運営の基準を満たすこと、③その他役員等が欠格事由に該当しないこと等を審査し、行います。
- ・ 指定の有効期間は、6年間です。それ以降も継続して事業を実施する場合は、指定の更新申請をする必要があります。また、基準に従って適切な運営がされない場合や、過去に指定の取消処分を受けた場合には、指定の更新が受けられないことがあります。
- ・ 人員基準違反、設備・運営基準違反など取消し事由に該当した場合は、指定の取り消しや、指定の全部又は一部の効力停止（介護報酬の請求停止や新規利用者との契約停止など）の行政処分を受けることがあります。

I-2 指定の基準

- ・ 短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護（以下「指定短期入所生活介護」という）、共生型短期入所生活介護及び共生型介護予防短期入所生活介護（以下「共生型短期入所生活介護」という）についての指定基準は、「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」（平成11年厚生省令第37号）及び「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」（平成18年厚生労働省令第35号）により規定されています。事業を行うにあたり、これらの省令、通知についての理解が必要です。
- ・ 基準省令は、必要最低限の基準を定めたものあり、事業者はこれらを遵守し、常に事業運営の向上に努めなければなりません。
- ・ なお、平成25年4月からは、これら国の基準をベースに県条例が制定されました。
- ・ 指定基準には、次の要件が定められています。

① 基本方針	指定短期入所生活介護の目的など
② 人員基準	従業者の技能・人員に関する基準
③ 設備基準	事業所に必要な設備についての基準
④ 運営基準	保険給付の対象となる介護サービス事業を実施する上で求められる運営上の基準

(1) 基本方針のあらまし

指定短期入所生活介護は、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持等を図るものでなければなりません。

(2) 人員基準のあらまし

【単独型・併設型・ユニット型共通事項】

ア 管理者

- ・ 専従で常勤の者を配置する（1人）。
- ・ 兼務の取扱い

- ・ **兼務は、管理業務に支障がないことが前提です。**
- ・ 当該事業所の従業者としての職務との兼務は可能です。
- ・ 職員及び業務の管理・指揮命令に支障が生じない時は、同一法人の他の事業所、施設の職務との兼務は可能です。ただし、併設される訪問系サービス事業所のサービス提供を行う従業者との兼務や事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに事業所に駆け付けることができない体制となっている場合は一般的には管理業務に支障があると考えられます。

- ・ 資格要件はありませんが、次の管理者の職責を果たせること。
- ・ 管理者の職務（基準省令第52条）

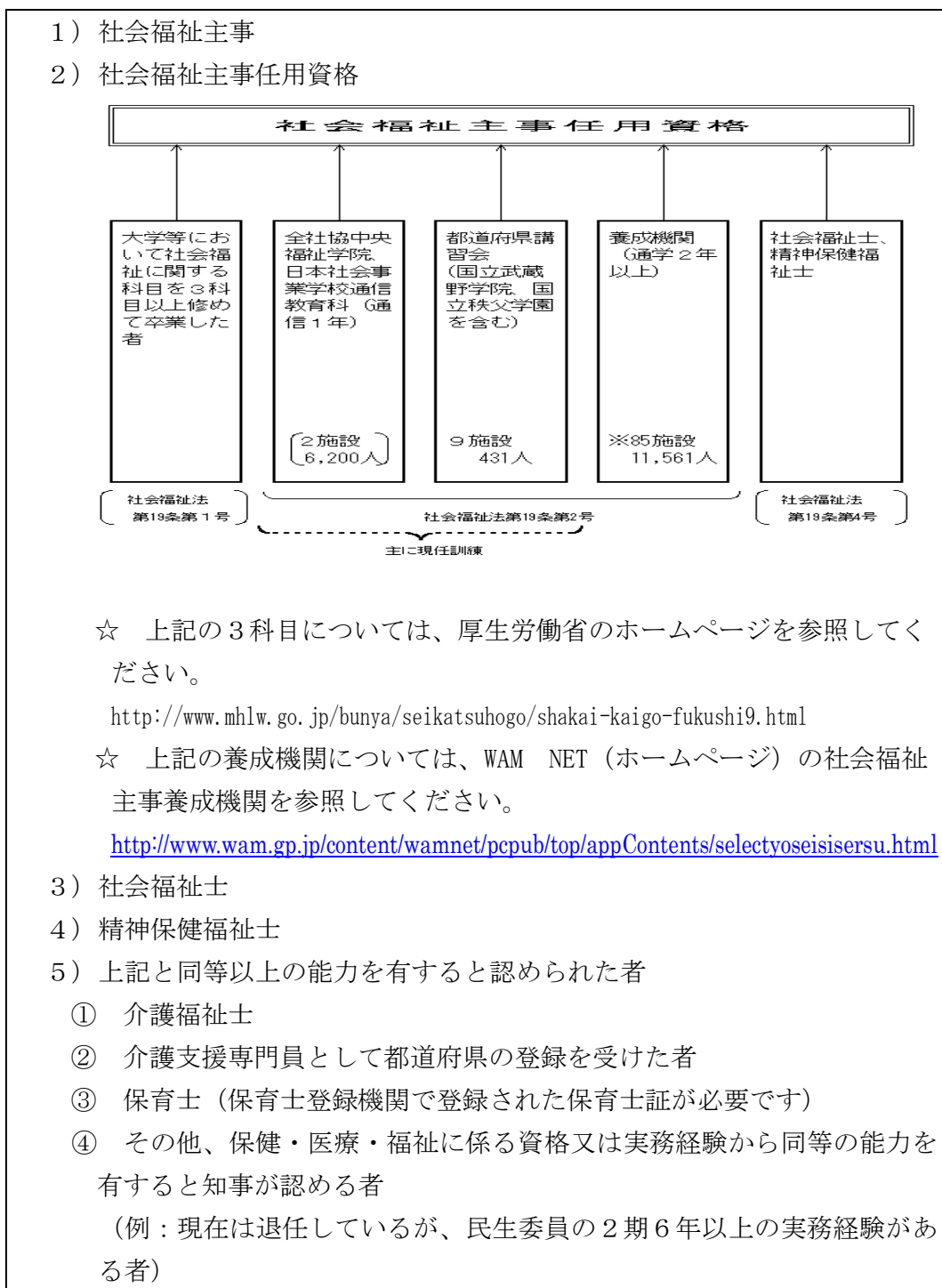
- ・ 従業者及び業務の管理を一元的に行う。
- ・ 従業者に運営に関する基準を遵守させるための指揮命令を行う。

イ 医師

- ・ 1人以上（非常勤で可）
- ・ 併設本体施設に配置されている場合であって、当該施設の事業に支障をきたさない場合は、兼務させることができます。

ウ 生活相談員

- 愛知県では次の資格等を有する者が認められています。



☆ 上記の3科目については、厚生労働省のホームページを参照してください。

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/shakai-kaigo-fukushi9.html>

☆ 上記の養成機関については、WAM NET (ホームページ) の社会福祉主事養成機関を参照してください。

<http://www.wam.gp.jp/content/wamnet/pcpub/top/appContents/selectyoseisisersu.html>

- 3) 社会福祉士
- 4) 精神保健福祉士
- 5) 上記と同等以上の能力を有すると認められた者
 - ① 介護福祉士
 - ② 介護支援専門員として都道府県の登録を受けた者
 - ③ 保育士 (保育士登録機関で登録された保育士証が必要です)
 - ④ その他、保健・医療・福祉に係る資格又は実務経験から同等の能力を有すると知事が認める者
(例：現在は退任しているが、民生委員の2期6年以上の実務経験がある者)

※ その他、保健・医療・福祉に係る資格又は実務経験から同等の能力を有すると知事が認める者を配置する場合は、「生活相談員の任用に係る申立書」を提出して認められる必要があります。

- 常勤換算方法 (※1) で、利用者の数 (※2) が100又はその端数を増すごとに1人以上
- 1人は常勤でなければなりません。
- 併設事業所がある場合には、当該併設事業所の利用者の数を合算して必要人員を算出することができます。

エ 介護職員又は看護職員

- ・ 常勤換算方法（※1）で、利用者の数（※2）が3又はその端数を増すごとに1人以上
- ・ 介護職員は、1人は常勤でなければなりません。
- ・ 併設事業所がある場合には、当該併設事業所の利用者の数を合算して必要人員を算出することができます。
- ・ 看護職員については、平成20年4月1日からの取り扱いとして、単独事業所及び利用定員20名未満の併設事業所は1名の常勤職員を置くことが望ましい。
また、利用定員20人以上の併設事業所は、1名の常勤職員を配置しなければなりませんので、注意してください。（本体施設との兼務可）
- ・ 常時1人以上の介護職員を介護に従事させなければなりません。

オ 栄養士

- ・ 1人以上
- ・ 併設本体施設に配置されている場合であって当該施設の事業に支障をきたさない場合は兼務させることができます。
- ・ 利用定員40人以下の指定短期入所生活介護事業所にあつては、他の社会福祉施設等の栄養士との連携を図ることにより、効果的な運営を期待することができる場合で、利用者の処遇に支障がないときは、栄養士を置かないことができます。

<留意事項>

栄養士の配置基準について、定員40人以下の事業所については、一定の条件で栄養士を置かないことができるとありますが、給食業務を第三者に委託する場合、栄養士の配置は必要です。

「保護施設等における業務の委託について」（昭和62年厚生省通知）の「3施設の行う業務について」にあるとおり、「施設は、次に掲げる業務を自ら実施するものとし、その業務を担当させるため、栄養士を配置すること。したがって、栄養士を配置していない施設は、調理業務の委託を行うことはできないものであること」となっています。

上記の保護施設等には、老人福祉法による老人福祉施設も含まれます。

老人福祉施設は、老人福祉法第5条の3に規定されており、老人短期入所施設も含まれます。

カ 機能訓練指導員

- ・ 1人以上
- ・ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師の資格を有するもの（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）。

- ・ 当該指定短期入所生活介護事業所の他職種との兼務は可能です。
- ・ 併設本体施設に配置されている場合であって当該施設の事業に支障をきたさない場合は兼務させることができます。

キ 調理員その他の従業者

- ・ 実情に応じて適当数配置

※1 常勤換算方法とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。この場合の勤務延時間数は、当該事業所の指定に係る事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該事業所が通所介護と短期入所生活介護の指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が通所介護の機能訓練指導員と短期入所生活介護の看護職員を兼務する場合、短期入所生活介護の看護職員の勤務延時間数には、看護職員としての勤務時間だけを算入することとなるものであること。

※2 利用者の数は、前年度の平均値とする。ただし、新規に指定を受ける場合は、推定数による。

⇒前年度の平均値は、当該年度の前年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする）の平均を用いる。この場合、利用者数等の平均は、前年度の全利用者等の延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この平均利用者数等の算定に当たっては、少数点第2位以下を切り上げるものとする。新たに事業を開始し、若しくは再開し、又は増床した事業者又は施設においては、新設又は増床分のベッドに関しては、前年度において1年未満の実績しかない場合の利用者数等は、新設又は増床の時点から6月未満の間は、便宜上、ベッド数の90%を利用者数等とし、新設又は増床の時点から6月以上1年未満の間は、直近の6月における全利用者等の延数を6月間の日数で除して得た数とする。

【空床型】

- ・ 特別養護老人ホームの人員基準を満たすこと

【ユニット型のみ】

- ・ 昼間については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。
- ・ 夜間及び深夜については、2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。

- ・ ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。
⇒2ユニット以下の施設は、1名配置
- ・ ユニットリーダーについては、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した職員を各施設に2名以上配置することは必要です。(ただし、2ユニット以下の施設の場合には、1名で良いことになっています。)
- ・ 昼間、夜間及び深夜の時間について、愛知県では、原則昼間を14時間以上の時間で設定することになっています。

(3) 利用定員

単独型短期入所生活介護事業所の利用定員は20名以上でなければならない。

(4) 設備基準のあらまし

建物は、耐火建築物とすること。

ただし、次の①又は②の要件を満たす2階建て又は平屋建ての建物は準耐火建築物とすることができます。

- ① 居室その他の利用者の日常生活に充てられる場所(静養室、食堂、浴室、機能訓練室等。「以下「居室等」という。)を2階及び地階のいずれにも設けていない場合
- ② 居室等を2階又は地階に設けている場合であって、ア～ウの全ての要件を満たす場合
 - ア 事業所の所在地を管轄する消防長又は消防署長と相談の上、非常災害に関する具体的計画(消防計画等。以下「計画」という。)に利用者の円滑かつ迅速な避難を確保するために必要な事項を定める。
 - イ 避難、救出等の訓練に関しては、計画に従い昼間及び夜間において行う。
 - ウ 火災時における避難、消火等の協力を得ることができるよう、地域住民等との連携体制を整備する。

【従来型】

- ・ 居室(1室の定員4人以下、1人当たり10.65平方メートル以上。)
- ・ 食堂、機能訓練室(食堂及び機能訓練室は、合計面積が利用定員1人当たり3㎡以上)
- ・ 浴室
- ・ 便所
- ・ 洗面設備
- ・ 医務室(単独型の場合、医療法に規定する診療所の許可は不要)
- ・ 静養室
- ・ 面談室
- ・ 介護職員室
- ・ 看護職員室
- ・ 調理室

- ・ 洗濯室又は洗濯場
- ・ 汚物処理室(他の設備と区別された一定のスペースを有すれば足りるものであるので、独立した部屋が必ずしも必要でない)
- ・ 介護材料室
- ・ 廊下の幅は中廊下2.7メートル以上、片廊下1.8メートル以上(中廊下とは、廊下の両側に居室、静養室等利用者が日常生活に直接使用する設備のある廊下のこと)
- ・ 居室、機能訓練室、食堂、浴室及び静養室が2階以上の階にある場合は、1以上の傾斜路を設けること。ただし、エレベーターを設けるときは、この限りではありません。

【ユニット型】

- ・ ユニット(居室及び共同生活室のほか、洗面設備及び便所を含む)
 - ※ユニットの定員は10人以下としなければならない
 - ① 居室：定員1人(夫婦で利用するような場合等のみ2人)
 - 1人当たりの床面積は、10.65平方メートル以上
 - 居室は共同生活室に近接して一体的に設けられなければならない
 - ⇒a 共同生活室に隣接している居室
 - b 共同生活室に隣接していないが、aの居室と隣接している居室
 - ② 共同生活室：当該共同生活室が属するユニットの利用定員に2平方メートルを乗じて得た面積以上の床面積
 - 他のユニットの利用者が、当該共同生活室を通過することなく、事業所内の他の場所に移動することができるようになっていること
 - ③ 洗面設備：居室ごとか共同生活室ごとに適当数設けること。
 - ④ 便所：居室ごとか共同生活室ごとに適当数設けること。
- ・ 浴室(居室のある階ごとに設けることが望ましい。)
- ・ 医務室
- ・ 調理室
- ・ 洗濯室又は洗濯場
- ・ 汚物処理室
- ・ 介護材料室
- ・ 廊下の幅は中廊下2.7メートル以上、片廊下1.8メートル以上(中廊下とは、廊下の両側に居室、静養室等利用者が日常生活に直接使用する設備のある廊下のこと)

なお、廊下の一部の幅を拡張することにより、利用者従業員等の円滑な往来に支障が生じないと認められる場合には、1.5メートル以上(中廊下にあつては、1.8メートル以上)として差し支えない。

また、愛知県の方針として、ユニット型の場合は、往来に支障がなく、廊下の長さが10mに満たない場合は片廊下1.5m以上（中廊下1.8m以上）でも認めております。

- ・ ユニット又は浴室が2階以上の階にある場合は、1以上の傾斜路を設けること。ただし、エレベーターを設けるときは、この限りではありません。

(5) 運営基準のあらまし

運営の基準として次のような項目が規定されています。

- ・ 内容及び手続の説明及び同意
- ・ 短期入所生活介護の開始及び終了
- ・ 介護予防短期入所生活介護の開始及び終了
- ・ 提供拒否の禁止
- ・ サービス提供困難時の対応
- ・ 受給資格等の確認
- ・ 要介護及び要支援認定の申請に係る援助
- ・ 心身の状況等の把握
- ・ 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助
- ・ 居宅サービス計画及び介護予防サービス計画に沿ったサービスの提供
- ・ サービスの提供の記録
- ・ 利用料等の受領
- ・ 保険給付請求のための証明書の交付
- ・ 指定短期入所生活介護の取扱方針（身体拘束の適正化を含む）
- ・ 身体的拘束等の禁止（指定介護予防短期入所生活介護）
- ・ 短期入所生活介護計画の作成
- ・ 介護
- ・ 食事
- ・ 機能訓練
- ・ 健康管理
- ・ 相談及び援助
- ・ その他のサービスの提供
- ・ 利用者に関する市町村への通知
- ・ 緊急時等の対応
- ・ 管理者の責務
- ・ 運営規程
- ・ 勤務体制の確保等
- ・ 業務継続計画の策定等
- ・ 定員の遵守
- ・ 非常災害対策
- ・ 衛生管理等
- ・ 掲示

- ・ 秘密保持等
- ・ 広告
- ・ 居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者に対する利益供与の禁止
- ・ 苦情処理
- ・ 地域等との連携、地域との連携
- ・ 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置（令和9年3月31日までは努力義務）
- ・ 事故発生時の対応
- ・ 虐待の防止
- ・ 会計の区分
- ・ 記録の整備

（6）報酬請求のあらまし

ア 基本報酬

短期入所生活介護事業所は、居宅介護支援事業所が作成する居宅サービス計画に基づき各事業所で作成する短期入所生活介護計画に位置付けられた内容で請求することとされており、サービスの提供前に運営基準に定められた手続きを経て短期入所生活介護計画が作成されていない場合は、介護報酬の請求はできません。

新規や区分変更申請等で要介護度が決まっていない場合や、諸事情で居宅サービス計画の入手が遅れた場合であっても、居宅介護支援事業所と連携を図り、サービスの提供前に短期入所生活介護計画を作成しなければならないことに留意してください。

イ 各種加算

報酬基準（国の単位数表、告示、留意事項通知）に適合しない場合は介護報酬の請求はできません。

I-3 共生型短期入所生活介護

（1）あらまし

「共生型短期入所生活介護」とは、障害者福祉制度における「短期入所」（障害者支援施設の併設型及び空所利用型に限る。）の指定を受けた事業所であれば、基本的に共生型短期入所生活介護の指定を受けられます。

（2）人員基準

ア 従業者

- ・ 短期入所の従業者の員数が、共生型短期入所生活介護を受ける利用者（要介護者の数を含めて当該短期入所事業所の利用者数とした場合に、当該短期入所事業所として必要とされる数以上である必要があります。
- ・ この場合、昼間に生活介護を実施している障害者支援施設の空床利用型又は併設型の短期入所の従業者については、前年度の利用者の平均障害支援区分に基づき、必要数を配置することとなっていますが、その算出に当たっては、共生型短期入所生活介護を受ける利用者（要介護者）は障害支援区分5とみなして計算してください。

い。

イ 管理者

- ・ 共生型短期入所生活介護の管理者と短期入所の管理者を兼務することは差し支えありません。

(3) 設備基準

ア 居室

- ・ 短期入所の居室面積が、当該短期入所の利用者（障害者及び障害児）の数と共生型短期入所生活介護の利用者（要介護者）の数の合計数で除して得た面積が9.9㎡以上であることが必要です。（一人あたり9.9㎡以上）

イ その他

- ・ その他設備については、短期入所としての設備基準を満たしていれば足りるものとしします。
- ・ 要介護者、障害者及び障害児がそれぞれ利用する設備を区切る壁、家具、カーテンやパーテーション等の仕切りは不要です。
- ・ 短期入所その他の関係施設から、要介護者の支援を行う上で、必要な技術的助言を受けていることが必要です。

(4) 運営基準

- ・ 運営基準の項目は10ページ（I-2（5））と同様です。
- ・ 共生型短期入所生活介護の利用定員は短期入所の事業専用の居室のベッド数と同数とすること。

【例】併設事業所で利用定員が20名の場合

3月1日 要介護者10名 障害者及び障害児10名

3月4日 要介護者5名 障害者及び障害児15名 で差し支えありません。

I-4 指定の事務の流れ

(1) 指定の受付担当部署

- ・ 指定短期入所生活介護事業の指定に関する事務は、下記の福祉相談センターにおいて行います。ただし、介護老人福祉施設の空床型の場合は、愛知県福祉局高齢福祉課において行います。
- ・ 図面相談、新規申請及び加算届の受付は、事前予約が必要です。下記の担当窓口で電話で予約をした上で申請窓口へお越しください。
- ・ 事業所の所在地が名古屋市、東三河広域連合（豊橋市、豊川市、蒲郡市、新城市、田原市、設楽町、東栄町、豊根村）、岡崎市、一宮市、豊田市の場合には、各市等の窓口へお問い合わせください。
- ・ なお、図面相談については、新規申請前の早い段階で審査を受けるようお願いいたします。

【介護老人福祉施設の空床型】

愛知県福祉局高齢福祉課 介護保険指導第一グループ

〒460-8501 名古屋市中区三の丸3-1-2 (愛知県西庁舎2階)

電話 052-954-6289

FAX 052-954-6219

【上記以外】

(表 I-3-1)

事業所の所在地	担当福祉相談センター
(市部) 一宮市、瀬戸市、半田市、春日井市、津島市、犬山市、常滑市、江南市、小牧市、稲沢市、東海市、大府市、知多市、尾張旭市、岩倉市、豊明市、日進市、愛西市、清須市、北名古屋市、弥富市、あま市、長久手市 (愛知郡) 東郷町 (西春日井郡) 豊山町 (丹羽郡) 大口町、扶桑町 (海部郡) 大治町、蟹江町、飛島村 (知多郡) 阿久比町、東浦町、南知多町、美浜町、武豊町	尾張福祉相談センター 地域福祉課 〒460-0001 名古屋市中区三の丸2-6-1 (三の丸庁舎7階) 電話 052-961-1423 FAX 052-961-7288
(市部) 碧南市、刈谷市、安城市、西尾市、知立市、高浜市、みよし市 (額田郡) 幸田町	西三河福祉相談センター 地域福祉課 〒444-0860 岡崎市明大寺本町1-4 (西三河総合庁舎9階) 電話 0564-27-2737 FAX 0564-27-2816

提出書類の様式などは、愛知県福祉局高齢福祉課のホームページ (<https://www.pref.aichi.jp/soshiki/korei/kaigo-youshiki.html>) に掲載しています。

(2) 指定のスケジュール

ア 基本ルール

① 指定は、指定希望月の前々月末の午後5時までに受付け、受理した申請書類を審査の上、翌々月の1日付けで行います。指定は月1回です。

例：1月25日に受理した申請は、審査の上、3月1日に指定する。

なお、月の末日が閉庁日の場合は、直前の開庁日を締切日とします。

例：月の末日が日曜日の場合は、その前々日の金曜日が締切日。

(事業所指定の特例)

市町村が介護保険事業計画の進捗上特に必要と認める通所介護事業や短期入所事業等については、次のとおりの取扱いとします。

15日受付期限：翌月初日指定、月末受付期限：翌月16日指定

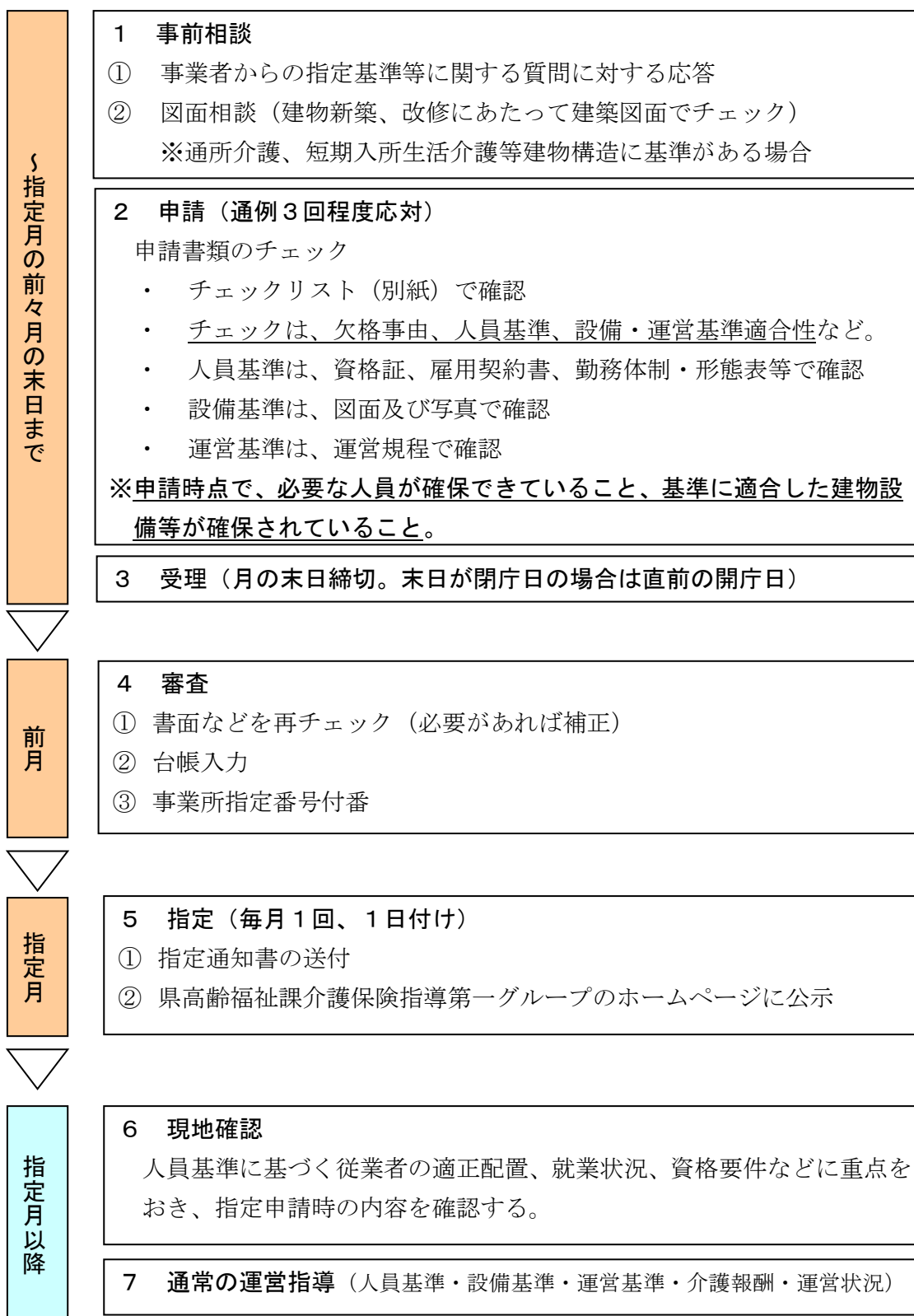
特例の確認は市町村意見書により行います。

- ② 書類に不備のあるものについては、受理しません。
- ③ 申請時点で、建物・備品等が使用可能な状態になっている必要があります。
(申請を受理した翌日に調査しても基準を満たしていることが確認できる状況と
なっていることが必要です。) なお、原則として、指定日以後、3か月以内に、
申請内容と相違ないか確認するため現地確認を行います。

イ 指定のスケジュール

指定申請についての大まかなスケジュールは、図 I - 3 - 1 のとおりです。

(図 I - 3 - 1 指定のスケジュール)



＜指定申請書受理後の留意事項＞

指定申請書受理後、指定月まで約1か月ありますが、その間も指定申請書等の審査期間です。

あくまでも指定予定であり、指定されるまでの間は利用予定者との契約はできませんので御注意ください。

なお、指定申請書を提出し、事業開始までに配置予定であった職員に変更が生じた場合は、必ず申請書受付機関にその旨を文書により報告してください。

必要職員の配置が困難となった場合は、申請の取り下げをする必要があります。取り下げをしない場合でも、その事実が確認されている場合は、指定時の人員基準を満たしていないため指定できません。

適正な人員が確保できないまま、取り下げせずに指定を受けた場合は、不正な手続により指定を受けた場合に該当する可能性が高く、指定の取消処分の対象となることがありますので、十分留意してください。

また、広報等については以下のことに注意してください。

- ◎ 内容が虚偽又は誇大なものにならないようにしてください。
- ◎ 「居宅介護支援」と同一紙面に広告はできません。
- ◎ リーフレット等には、介護事業所として既に指定を受けているかのような表現はしないようにしてください。(例 良い例：3月1日指定予定、悪い例：3月1日オープン) また、内覧会等を開催する場合についても同様です。
- ◎ 各家庭を訪問し、広報を行うにあたっては、強引な勧誘と受け取られかねないような対応は慎んでください。

なお、事業の開始は原則として指定日と同日としてください。

(3) 業務管理体制整備に関する届出

法人として、新規に介護サービスを始めた場合は、医療みなし事業所以外の事業所を除き、法人単位で、業務管理体制を整備し、愛知県高齢福祉課介護保険指導第一グループ(電話(直)052-954-6289)に届け出る必要があります。指定申請とは別に、届け出る必要がありますので忘れないようにお願いします。

届出が必要な事由、届出様式などは、愛知県福祉局高齢福祉課介護保険指導第一グループのホームページ

(<https://www.pref.aichi.jp/soshiki/korei/gyoumukanri.html>)に掲載しています。

(4) その他

① 老人福祉法上の届出

短期入所生活介護の事業を行う場合は、事業開始前に老人福祉法上の「老人短期入所事業開始届」の届け出が必要です。

※事業所の所在地が名古屋市・東三河広域連合(豊橋市、豊川市、蒲郡市、新城市、田原市、設楽町、東栄町、豊根村)・岡崎市・一宮市・豊田市の場合には各市等の窓口へお問い合わせください。

上記以外の市町村の場合は、下記に届出してください。

愛知県福祉局高齢福祉課施設グループ

電話番号 052-954-6287

ファックス 052-954-6919

住 所 〒460-8501 名古屋市中区三の丸三丁目1-2

② 生活保護法の指定

平成26年7月1日以降に介護保険法による指定又は開設許可を受けた介護機関は、生活保護法の指定介護機関の指定を受けたものとみなされます。生活保護法に基づく指定申請の手続きは必要ありません。生活保護の指定が不要な場合は届出が必要となります。

事業所の所在地が名古屋市・豊橋市・岡崎市・一宮市・豊田市の場合には各市の窓口へお問い合わせください。

上記以外の市町村の場合は、愛知県福祉局福祉部地域福祉課生活保護グループが担当です。(電話(直)052-954-6263)

ただし平成26年6月30日以前に介護保険法による指定又は開設許可を受けた介護機関で、生活保護法の指定を受けていない介護機関は、指定を受けようとする場合には申請が必要となります。

詳細について

<https://www.pref.aichi.jp/soshiki/chiikifukushi/0000079799.html>

を参照してください。

(5) 他の公費負担制度の手続きについては、それぞれの所管部局にご確認ください。

Ⅱ 指定申請書類について

Ⅱ－１ 指定申請書類一覧

(短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護・(予防)共生型短期入所生活介護)

- ・ 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業の指定申請をするためには、(表Ⅱ－１の１)の書類が必要です。
- ・ 表Ⅱ－１の１の書類の提出については、原則として電子申請・届出システム (<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/shinsei/>) を利用してください。
- ・ 短期入所生活介護事業と介護予防短期入所生活介護事業を同時に申請する場合は、別々に書類を作成する必要はありません。但し、各書類において、サービス種類を記載する箇所に両方のサービス名を書く必要があります。
- ・ 申請(申請相談)にあたって、電子申請届出システムを利用できない場合については、チェックリスト(点検表を参照)を一番上にし、その下に(表Ⅱ－１の１)の書類を指定申請書類一覧表の番号順に揃えて、提出してください。
- ・ 下記書類の他に、必要に応じて追加資料を求める場合があります。

(表Ⅱ－１の１) 指定申請書類一覧

(短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護・(予防)共生型短期入所生活介護)

- (1) 指定申請書(別紙様式第一号(一))
 - (2) 指定に係る記載事項(付表第一号(八～十))
 - (3) 商業登記事項証明書(直近3ヶ月以内の原本)
 - ※登記情報サービスを利用する場合は照会番号がわかる資料が必要
 - ※共生型短期入所生活介護については直近のものでなくても可。また、写しの提出で可。
 - (4) 従業者の勤務体制及び勤務形態(標準様式1)
 - (5) 平面図(標準様式3)
 - (6) 設備・備品等一覧表(標準様式4)
 - (7) 運営規程
 - (8) 苦情を処理するための措置の概要(標準様式5)【共生型短期入所生活介護不要】
 - (9) 協力医療機関との契約書等【共生型短期入所生活介護不要】
 - (10) 欠格事由に該当していない旨の誓約書(標準様式6)
 - 居宅サービス用(別紙①)
 - 介護予防サービス用(別紙⑤)
 - (11) 役員名簿(参考様式2)
 - (12) 主要な場所の写真(参考様式3)
 - (13) 管理者の雇用関係を証する書類【共生型短期入所生活介護不要】
 - (14) 資格が必要な職種の資格証
 - (15) 介護給付費算定に係る届出書(別紙2)
 - (16) 介護給付費算定に係る一覧表
 - 居宅サービス用(別紙1-1)
 - 介護予防サービス用(別紙1-2)
- 【共通】

- 夜間勤務条件基準
- ユニットケア体制
- 身体拘束廃止取組の有無
- 高齢者虐待防止措置実施の有無
- 業務継続計画策定の有無
- 生活機能向上連携加算（有→協力医療提供機関との協定書等の写し及び協力医療提供施設のリハ職の資格証の写し）
- 機能訓練指導體制（有→勤務表で確認、常勤専従の機能訓練指導員）
- 個別機能訓練加算（有→機能訓練指導加算と併算定する場合は、当該機能訓練指導員と別の専従の機能訓練指導員が必要）
- 若年性認知症利用者受入加算の有無
- 送迎体制（有→車検証の写し、車の写真、賃貸にあつてはその契約書の写し）
- 療養食加算
- 認知症専門ケア加算（別紙12-2）
- 介護職員処遇改善加算（有→別紙様式2）

※ サービス提供体制強化加算は事業所として3ヶ月分の実績が必要です。よつて、新規指定から4ヶ月目の事業所が、加算要件に合致した場合に届け出ることができます。

例：令和7年3月1日指定

→令和7年6月1日から6月15日までに届出（郵送は不可）

（令和7年3月から令和7年5月の3ヶ月実績）

令和7年7月分より算定できます。

【介護給付】

- 看護体制加算（有→別紙25）【共生型対象外】
- 医療連携強化加算（有→別紙26）
- 夜勤職員配置加算（有→別添23-1）

【共生型】

- 共生型サービスの提供（あり）
- 生活相談員配置等加算（有→別紙21）

(17) 証紙貼付書（様式第33）

(18) 障害福祉サービスの指定通知書の写し【共生型短期入所生活介護のみ】

Ⅱ-2 指定申請書類の記入要領

指定申請書類の「点検表」は、太枠部分のみ記入して、電子申請届出システムに添付又は指定申請相談時に持参してください。

8 短期入所生活介護の点検表【介護予防(有・無)】

※管理者等申請内容を熟知した方が申請して下さい。

※法人名				
※事業所の名称				
※連絡先	Tel			

	1	2	3	4
点検日	/	/	/	/
対応職員				
※相談者名 (申請法人以外ならばその関係)				

※(点検を受ける前に)今後の制度改正の状況に十分注意し、県より補正依頼があった場合は迅速に対応しますか。(はい・いいえ)				
書類	1	2	3	4
指定申請書(別紙様式第一号(一))				<input type="checkbox"/> 登記事項証明書等の目的の中に、介護給付にあっては「居宅サービス事業」「短期入所生活介護」等、介護予防にあっては「介護予防サービス事業」「介護予防短期入所生活介護」等の適切な文言があるか(社会福祉法人の場合、「第2種社会福祉事業 老人短期入所事業」) <input type="checkbox"/> 法人の名称、所在地、代表者の氏名、住所、事業所の名所・所在地等が登記事項証明書・運営規程等と一致しているか □郵便番号の間違い注意
指定に係る記載事項(付表第一号(八～十))				<input type="checkbox"/> 履歴事項全部証明書でも可 <input type="checkbox"/> 登記情報提供サービスを利用する場合は電子申請・届出システムに照会番号を記載又は照会番号がわかる資料を添付したか。
商業登記事項証明書(直近3ヶ月以内の原本)				<input type="checkbox"/> 医師1 <input type="checkbox"/> 生活相談員は100人までは常勤換算方法で1(その端数を増すごとに1) <input type="checkbox"/> 介護職員又は看護職員が常勤換算で3:1以上 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員1 <input type="checkbox"/> 生活相談員・介護職・看護職のうち1は常勤 <input type="checkbox"/> 同一敷地内で他の業務に就く場合にあっては、兼務先の勤務表 (介護予防短期入所生活介護と併設の場合は原則として同一勤務表で可だが、その旨明記) * 勤務時間帯のわかるシフト表も添付すること
従業者の勤務体制及び勤務形態 (標準様式1) 【事業開始日から4週間分】				<input type="checkbox"/> 従来型かユニット型か <input type="checkbox"/> 単独型か併設型か <input type="checkbox"/> 中廊下2.7m、片廊下1.8m(※下記写真にて確認するため、部屋の広さの数値、平面図に撮影した方向を記入する。)
平面図(参考様式3)				(従来型) <input type="checkbox"/> 内法寸法で記載 <input type="checkbox"/> 居室(10.65㎡/人) <input type="checkbox"/> 食堂・機能訓練室(3㎡/人) <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> 洗面 <input type="checkbox"/> 医務室 <input type="checkbox"/> 静養室 <input type="checkbox"/> 面談室 <input type="checkbox"/> 介護職員室 <input type="checkbox"/> 看護職員室 <input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 洗濯室又は洗濯場 <input type="checkbox"/> 汚物処理室 <input type="checkbox"/> 介護材料室
設備・備品等一覧表(標準様式4)				<input type="checkbox"/> 不一致の確認(名称、所在地、勤務表、定員数及び居室数) <input type="checkbox"/> 保険給付の対象とならない費用・利用料の積算根拠(□居住費 □特別室代 □食費 □理美容代 □その他の日常生活費) <input type="checkbox"/> 負担限度額の表記 <input type="checkbox"/> 緊急時の対応 <input type="checkbox"/> 実施地域の特定(区町名まで)、実施地域を越えた交通費の有無 <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> 守秘義務
運営規程				<input type="checkbox"/> 記録の保存と再利用 <input type="checkbox"/> 担当者名、電話番号、FAX
苦情を処理するための措置の概要 (標準様式5)				<input type="checkbox"/> 診療科目名
協力医療機関との契約書等				<input type="checkbox"/> 法人の全役員と事業所の管理者が対象 <input type="checkbox"/> 別紙①は居宅サービス用。介護予防サービス実施の場合には、別紙⑤も必要
欠格事由に該当していない旨の誓約書 (標準様式6)				<input type="checkbox"/> 法人の全役員と事業所の管理者が対象
役員名簿(参考様式2)				<input type="checkbox"/> 建物外観、玄関、居室、食堂等その他設けなければいけない設備 (※完成した事業所の写真添付) <input type="checkbox"/> 写真一部不備の場合一補正依頼申立書(別紙26)
主要な場所の写真(参考様式3)				<input type="checkbox"/> 労働条件通知書(雇入通知書)・辞令の写しなどの雇用関係が分かるもの
管理者の雇用関係がわかる書類				<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員 <input type="checkbox"/> (管理)栄養士 <input type="checkbox"/> ユニット型の場合はユニットリーダー(当面2人以上必要。2ユニット以下は1人以上必要)
資格が必要な職種の資格証				【共通】 <input type="checkbox"/> 夜間勤務条件基準 <input type="checkbox"/> 身体拘束廃止取組の有無 <input type="checkbox"/> 高齢者虐待防止措置実施の有無 <input type="checkbox"/> 業務継続計画策定の有無 <input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算(有→別紙様式2)
介護給付費算定に係る届出書(別紙2)				<input type="checkbox"/> 愛知県収入証紙30,000円分が添付されているか。(消印はしないでください。) <input type="checkbox"/> キャッシュレス決済を利用する場合、あいち電子申請・届出システムにより支払手続きを完了しているか。
介護給付費算定に係る一覧表(別紙1-1、別紙1-2)				
証紙貼付書(様式第33)				
※共生型サービスを提供する場合は、障害者総合支援法に基づく指定通知書の写しを提出してください。 共生型サービスの場合、8「苦情を処理するための措置の概要」、9「協力医療機関との契約書等」、13「管理者の雇用関係がわかる書類」の提出は不要です。				

申込事項	1)
	2)
	3)

注) 次回の点検にもこの用紙を一箱に提出してください。

(1) 指定申請書 (別紙様式第一号 (一))

別紙様式第一号 (一)

- 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

○ 年 ○ 月 ○ 日

愛知県知事 殿



所在地 愛知県○○市○町○番○号

申請者 名称 株式会社 あいちけん

代表者職名・氏名 代表取締役 愛知花子

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	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
申請者	フリガナ	カブシキガシャ アイチケン															
	名称	株式会社 あいちけん															
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 000 - 0000)	愛知 都 道	○○	市 区	町 村	○町○番○号										
	連絡先	電話番号	000-000-0000	(内線)	0000	FAX番号	000-000-0000										
		Email	○○○○@○○.○○.○○														
法人等の種類	株式会社																
	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	アイチ ハナコ	生年	昭和○年○月○日										
		氏名	愛知 花子														
代表者(開設者)の住所	(郵便番号 000 - 0000)	愛知 都 道	○○	市 区	町 村	○町○番○号											
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☑																	
指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類の	同一所在地において行う事業等の種類		共生型サービス申請時に☑	指定(許可)申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(許可)を受けている事業等(該当事業に○)	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 type="checkbox"/>				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"/>	○		令和○年○月○日	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)										
	介護予防訪問入浴介護						付表第一号(二)										
	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"/>	○		令和○年○月○日	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)																

① 申請者

- ・ 申請者は、法人でなくてはなりません。法人の種類は問いません。但し、介護保険サービスの実施にあたって、県（国）の認可（社会福祉法人、医療法人等）が必要な法人については、別途法人を所管する部署との協議を行い、定款変更などの各手続きを済ませた上で、申請書類を提出してください。
- ・ 法人登記上、記載されている住所を記載します。（丁目・番地等は省略せずに記載すること。）
- ・ 法人の名称についても、省略しないで登記上の正式な法人名を記載します。（例：「株式会社」を「(株)」等のように省略しないこと。）
- ・ 郵便番号、電話番号など誤りがないようよく確認して記入してください。

② 指定（許可）申請をする事業等の開始予定年月日

- ・ 申請書類を提出する日の属する月の翌々月の1日として記入してください。
例：令和7年3月中に受理の見込み → 令和7年5月1日

③ 既に指定等を受けている事業等

- ・ 同一敷地内・同一申請者により既に指定等を受けている事業がある場合に、記入してください。

(2) 指定に係る記載事項 (付表第一号 (八)) 【単独型用】

付表第一号(八) 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(単独型)

事業所	① 法人番号	111111111111								
	フリガナ	アイチマルマルタンキニュウシヨセイクツカイゴジギョウシヨ								
	名称	あいち〇〇短期入所生活介護事業所								
	所在地	(郵便番号 000 - 0000)	愛知 都 道 府 (県) 〇〇		市 区 町 村		〇町〇番〇号			
連絡先	電話番号	000-000-0000 (内線) 0000		FAX番号		000-000-0000				
	Email	〇〇〇〇@〇〇.〇〇.〇〇								
管理者	フリガナ	タナカ ハナコ		住所 (郵便番号 000 - 0000)						
	氏名	田中 花子						〇〇市〇町〇番〇号		
	生年月日	昭和〇年〇月〇日								
	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	〇〇病院		主な診療科名		内科、外科				
	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 checked="" type="checkbox"/> ユニット型						
〇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		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)		0	0	1	0	2	1	4	0
	非常勤(人)		1	0	0	0	0	0	1	0
	常勤換算後の人数(人)				1		2.5		4.25	
			栄養士		機能訓練指導員		調理員その他の従業者		栄養士を配置していない場合の措置	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤(人)		0	0	0	1	1	0		
	非常勤(人)		1	0	0	0	0	0		
	〇設備に関する基準の確認に必要な事項									
居室	1室あたりの最大定員		1		人					
居室	利用者1人あたりの最小床面積		11.25		㎡					
食堂と機能訓練室の合計面積			32.5		㎡					
廊下	片廊下の幅		1.85		m					
	中廊下の幅		2.8		m					
建物の構造			<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他			
利用定員			20		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						
〇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		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)									
	非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)									
			栄養士		機能訓練指導員		調理員その他の従業者		栄養士を配置していない場合の措置	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤(人)									
	非常勤(人)									
	〇設備に関する基準の確認に必要な事項									
居室	1室あたりの最大定員				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					
	中廊下の幅				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			
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。

※共生型サービスありの場合は従業者の員数欄記入不要

指定に係る記載事項（付表第一号（九））【空床利用型】

付表第一号（九） 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
（空床利用型・本体施設が特別養護老人ホームの場合の併設事業所型）

事業所	法人番号	1111111111111								
	フリガナ	アイチマルマルタンキニューショセイカツカイゴジギョウシヨ								
	名称	あいち〇〇短期入所生活介護事業所								
	所在地	(郵便番号 000 - 0000)	愛知	都	道	〇〇	市	区	〇町〇番〇号	
連絡先	電話番号	000-000-0000 (内線) 0000			FAX番号	000-000-0000				
	Email	〇〇〇〇@〇〇.〇〇.〇〇								
管理者	フリガナ	タナカ ハナコ		住所	(郵便番号 000 - 0000)					
	氏名	田中 花子			〇〇市〇町〇番〇号					
	生年月日	昭和〇年〇月〇日								
	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)									
併設事業所型の別 <input type="checkbox"/> 空床利用型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設事業所型										
協力医療機関	名称	〇〇病院			主な診療科名	内科、外科				
	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 checked="" type="checkbox"/> ユニット型										
短期入所利用者数(併設事業所型の場合記入) 20 人 (推定数を記入)										
〇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		看護職員		介護職員	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
	短期入所生活介護及び 本体施設従事人数	常勤(人)	0	0	1	0	2	1	4	0
		非常勤(人)	1	0	0	0	0	0	1	0
	常勤換算後の人数(人)				1		2.5		4.25	
			栄養士		機能訓練指導員		調理員その他の従業者		栄養士を配置していない場合の措置	
	短期入所生活介護及び 本体施設従事人数	常勤(人)	0	0	0	1	1	0		
		非常勤(人)	1	0	0	0	0	0		
	〇設備に関する基準の確認に必要な事項(併設事業所型の場合記入)									
	居室	1室あたりの最大定員		1		人				
居室	利用者1人あたりの最小床面積		11.25		㎡					
食堂と機能訓練室の合計面積		32.5		㎡						
廊下	片廊下の幅		1.85		m					
	中廊下の幅		2.8		m					
建物の構造 <input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他										
特別養護老人ホームの入所定員			100		人		短期入所利用定員		20 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									
	短期入所利用者数(併設事業所型の場合記入) 人 (推定数を記入)									
	〇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		生活相談員		看護職員		介護職員	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
	短期入所生活介護及び 本体施設従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			栄養士		機能訓練指導員		調理員その他の従業者		栄養士を配置していない場合の措置	
	短期入所生活介護及び 本体施設従事人数	常勤(人)								
	非常勤(人)									
〇設備に関する基準の確認に必要な事項(併設事業所型の場合記入)										
居室	1室あたりの最大定員				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					
	中廊下の幅				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										
特別養護老人ホームの入所定員					人		短期入所利用定員		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 本様式は、特別養護老人ホームの空床を利用して事業を行う場合又は特別養護老人ホームに併設する事業所において事業を行う場合に係る申請に利用して下さい。また、「空床利用型・併設事業所型の別」欄の空床利用型・併設事業所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 特別養護老人ホームと同時に申請をする場合は、本様式への記載を要しません。
 - 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、本体施設以外との兼務を行う従業者について記載してください。
 - 6 空床利用型の場合は、「設備に関する基準の確認に必要な事項」及び「短期入所利用定員」欄の記入は不要です。

指定に係る記載事項（付表第一号（十））【併設事業所型】

付表第一号（十） 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）

事業所	法人番号	11111111111111										
	フリガナ	アイチマルマルタンキニューショセイカツカイゴジギョウシヨ										
	名称	あいち〇〇短期入所生活介護事業所										
	所在地	(郵便番号 000 - 0000)	愛知	都	道	〇〇	市	区	町	村	〇町〇番〇号	
管理者	連絡先	電話番号	000-000-0000 (内線) 0000			FAX 番号	000-000-0000					
		Email	〇〇〇〇@〇〇.〇〇.〇〇									
	フリガナ	タナカ ハナコ (郵便番号 000 - 0000)										
	氏名	田中 花子				住所	〇〇市〇町〇番〇号					
	生年月日	昭和〇年〇月〇日										
	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										
	共生型サービスの該当有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
	本体施設の種別	有料老人ホーム										
協力医療機関	名称	〇〇病院				主な診療科名	内科、外科					
	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 checked="" type="checkbox"/> ユニット型										
	短期入所利用者数	20 人 (推定数を記入)										
	〇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		看護職員		介護職員			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	本体施設の施設等従事人数	常勤(人)	2	0	2	0	5	0	10	0		
		非常勤(人)	0	0	0	0	0	0	0	0		
	短期入所生活介護従事人数	常勤(人)	0	0	1	0	2	1	4	0		
		非常勤(人)	1	0	0	0	0	0	1	0		
	常勤換算後の人数(人)		栄養士		機能訓練指導員		調理員その他の従業者		*栄養士を配置していない場合の措置			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
	本体施設の施設等従事人数	常勤(人)	2	0	2	0	5	0				
		非常勤(人)	0	0	0	0	0	0				
短期入所生活介護従事人数	常勤(人)			0	1	1	0					
	非常勤(人)			0	0	0	0					
〇設備に関する基準の確認に必要な事項												
居室	1室あたりの最大定員			1.00 人								
	利用者1人あたりの最小床面積			11.25 m ²								
	食堂と機能訓練室の合計面積			32.50 m ²								
廊下	片廊下の幅			1.85 m								
	中廊下の幅			2.80 m								
建物の構造		<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他										
本体施設の入所・入院定員		100 人		短期入所利用定員		20 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										
	短期入所利用者数	人 (推定数を記入)										
	〇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		看護職員		介護職員			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	本体施設の施設等従事人数	常勤(人)										
		非常勤(人)										
	短期入所生活介護従事人数	常勤(人)										
		非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)		栄養士		機能訓練指導員		調理員その他の従業者		*栄養士を配置していない場合の措置			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
	本体施設の施設等従事人数	常勤(人)										
		非常勤(人)										
短期入所生活介護従事人数	常勤(人)											
	非常勤(人)											
〇設備に関する基準の確認に必要な事項												
居室	1室あたりの最大定員			人								
	利用者1人あたりの最小床面積			m ²								
	食堂と機能訓練室の合計面積			m ²								
廊下	片廊下の幅			m								
	中廊下の幅			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										
本体施設の入所・入院定員		人		短期入所利用定員		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 本様式は、本体施設が特別養護老人ホーム以外の場合であって、本体施設と一体的に運営が行われる事業所であるときに使用してください。
3 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。
4 本体施設の種別は、「養護老人ホーム」、「病院」、「診療所」、「介護老人保健施設」、「介護医療院」、「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」、「介護予防特定施設入居者生活介護」、「その他」を記入してください。

※共生型サービスありの場合は従業者の員数欄記入不要

① 事業所名称

- ・ 名称中の空白に注意してください。記載どおり台帳登録し、正確に記入してください。

例：「ショートステイあいち」とするのか「ショートステイ あいち」とするのか。
(後者は、空白あり)

- ・ 類似の名称がある場合、何かとトラブルが起きることが想定されますから、調査、確認の上、事業所名称を決めてください。

② 管理者

- ・ 管理者については、資格要件はありませんが、「常勤であり、かつ、原則として専ら当該事業所の管理業務に従事」しなくてはなりません。
- ・ 次の場合であって、当該事業所の管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができます。

ア 当該指定短期入所生活介護事業所の他の職務に従事する場合
イ 同一の事業者によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合であって、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者として職務に従事する時間帯も当該事業所利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適切に把握でき、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令に支障が生じない時に、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合

次のような場合は、管理業務に支障があるとされ、兼務できません。

ア 管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合

イ 併設される訪問系サービス事業所のサービス提供を行う従業者と兼務する場合

ウ 事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに当該事業所又は利用者へのサービス提供の現場に駆け付けることができない体制となっている場合

- ・ 事業所で他の職務を兼務する場合にあつては、その職務名
⇒短期入所生活介護事業所で他の職種と兼務する場合に記入
- ・ 同一法人の他の事業所、施設の職務と兼務する場合にあつては、その事業所等の名称、兼務する職務名及び勤務時間
⇒同一法人で他の事業所の職務と兼務する場合に記入する。

③ 従業者の員数【共生型記入不要】

- ・ 医師、生活相談員等の数を、常勤・専従、常勤・兼務、非常勤・専従、非常勤・兼務の区分ごとに記入します。
- ・ 後述の「従業者の勤務体制及び勤務形態（参考様式1）」の人数、常勤換算数と一致すること。

(3) 商業登記事項証明書

- ・ 記情報提供サービス (<https://www1.touki.or.jp/>) により取得した照会番号が記載されている資料を添付してください。なお、登記情報提供サービスを利用できない場合については、商業登記、法人登記の登記事項証明書を法務局で入手して添付してください。

- ・ 3か月以内に発行された原本を添付してください。
- ・ 原則として、介護保険法の短期入所生活介護事業を法人の事業として明確に位置付けていることを確認するため、目的として「介護保険法に基づく短期入所生活介護事業、介護予防短期入所生活介護事業」「介護保険法に基づく居宅サービス事業、介護予防サービス事業」などの規定がなされていることが必要です。
- ・ 登記申請中で、月末までに、商業登記事項証明書が提出できない場合は、補正依頼申立書と法務局の受領印が押してある登記申請書類を提出してください。
- ・ 共生型短期入所生活介護の場合は、直近のものでなくても可とします。また、原本でなく、写しの提出で可とします。

(4) 従業者の勤務体制及び勤務形態 (標準様式1)

【記載例】 (標準様式1) 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 令和 6 (2024) 年 4 月 サービス種別 (短期入所生活介護(ユニット型)) 事業所名 (〇〇〇〇)

(1) 4通 (2) 子安 (3) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数 40 時間/週 160 時間/月 当月の日数 30 日 (4) 入所者数(利用者数) (前年度の平均値または推定数) 20人 (11) (12) 1-4通 5-8通 (13) 121-128通 129通以上 (14) 兼務状況 (兼務先/兼務する職務の内容) 等

No.	No. ユニット名	(7) 職種	(8) 勤務形態	(9) 資格	(10) 氏名	(11)																														(12) 1-4通 5-8通	(13) 121-128通 129通以上	(14) 兼務状況
						1項目					2項目					3項目					4項目					5項目												
						月	火	水	木	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金	日数	時間	備考					
1		管理者	A	社会福祉主事任用資格	田中 花子																										160	40						
2		医師	C	医師	〇〇 〇〇																										48	12						
3		生活相談員	A	社会福祉主事任用資格	〇〇 〇〇																										160	40						
4		機能訓練指導員	B	看護師	〇〇 〇〇																										80	20	看護職員を兼務					
5		栄養士	C	管理栄養士	〇〇 〇〇																										80	20						
6		介護支援専門員	A	介護支援専門員	〇〇 〇〇																										160	40						
7		看護職員	B	看護師	〇〇 〇〇																										80	20	機能訓練指導員を兼務					
8		看護職員	A	看護師	〇〇 〇〇																										160	40						
9		看護職員	A	看護師	〇〇 〇〇																										160	40						
10	ユニット1	介護職員	A	介護福祉士	〇〇 〇〇																										160	40						
11	ユニット1	介護職員	A	—	〇〇 〇〇																										160	40						
12	ユニット1	介護職員	A	—	〇〇 〇〇																										160	40						
13	ユニット1	介護職員	A	—	〇〇 〇〇																										160	40						
14	ユニット1	介護職員	C	—	〇〇 〇〇																										128	32						
15	ユニット2	介護職員	A	介護福祉士	〇〇 〇〇																										160	40						
16	ユニット2	介護職員	A	—	〇〇 〇〇																										160	40						
17	ユニット2	介護職員	A	—	〇〇 〇〇																										160	40						
18	ユニット2	介護職員	A	—	〇〇 〇〇																										160	40						
19	ユニット2	介護職員	C	—	〇〇 〇〇																										128	32						
20	ユニット3	介護職員	A	介護福祉士	〇〇 〇〇																										160	40						
21	ユニット3	介護職員	A	—	〇〇 〇〇																										160	40						
22	ユニット3	介護職員	A	—	〇〇 〇〇																										160	40						
23	ユニット3	介護職員	A	—	〇〇 〇〇																										160	40						
24	ユニット3	介護職員	C	—	〇〇 〇〇																										128	32						
25	ユニット4	介護職員	A	介護福祉士	〇〇 〇〇																										160	40						
26	ユニット4	介護職員	A	—	〇〇 〇〇																										160	40						
27	ユニット4	介護職員	A	—	〇〇 〇〇																										160	40						
28	ユニット4	介護職員	A	—	〇〇 〇〇																										160	40						
29	ユニット4	介護職員	C	—	〇〇 〇〇																										128	32						
30																															0							

(15) 【任意入力】人員基準の確認 (看護職員・介護職員)

①看護職員		②介護職員		③看護職員と介護職員の合計	
勤務形態	勤務時間数	勤務形態	勤務時間数	看護職員	介護職員
A	320	A	2,560	25人	19.2人
B	80	B	640	0	0
C	0	C	0	0	0
D	0	D	0	0	0
合計	400	合計	3,200	合計	21.7人

【勤務形態の記号】
 記号 区分
 A 常勤で専任
 B 常勤で兼務
 C 非常勤で専任
 D 非常勤で兼務

■ 常勤換算方法による人数 基準: 週
 常勤換算の対称時間数 (週平均) ÷ 週に勤務すべき時間数 = 常勤換算後の人数
 $\frac{20}{40} = 0.5$ (小数点第2位以下切り捨て)

■ 看護職員の常勤換算方法による人数
 常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数 + 常勤換算方法による人数 = 合計
 $2 + 0.5 = 2.5$ 人

■ 介護職員の常勤換算方法による人数
 常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数 + 常勤換算方法による人数 = 合計
 $16 + 3.2 = 19.2$ 人

*** 勤務時間帯が分かるシフト表も作成してください。**

<要提出>

■シフト記号表（勤務時間帯）

※24時間表記 休憩時間1時間は「1:00」、休憩時間45分は「00:45」と入力してください。

No	記号	勤務時間			勤務時間	自由記載欄
		始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間		
1	a	7:00	16:00	(1:00)	8	
2	b	9:00	18:00	(1:00)	8	
3	c	10:00	19:00	(1:00)	8	
4	d	12:00	21:00	(1:00)	8	
5	e	9:00	13:00	(0:00)	4	
6	f	13:00	18:00	(1:00)	4	
7	g	14:00	20:00	(0:00)	6	
8	h	16:00	0:00	(0:00)	8	(夜勤) 16:00～翌9:00勤務
9	i	0:00	9:00	(1:00)	8	(夜勤) 16:00～翌9:00勤務
10	j			(0:00)		
11	k			(0:00)		
12	l			(0:00)		
13	m			(0:00)		
14	n			(0:00)		
15	o			(0:00)		
16	p			(0:00)		
17	q			(0:00)		
18	r				1	
19	s				2	
20	t				3	
21	u				4	
22	v				5	
23	w				6	
24	x				7	
25	y				8	
26	z				1	
27	x				2	
28	aa				3	
29	ab				4	
30	ac				5	
31	ad				6	
32	ae				7	
33	af				8	
34	ag	7:00	9:30	(0:00)	2.5	
	-	16:30	20:00	(0:00)	3.5	
	-	-	-	(-)	6	1日に2回勤務する場合
35	ah			(0:00)		
	-			(0:00)		
	-			(-)		1日に2回勤務する場合
36	ai			(0:00)		
	-			(0:00)		
	-			(-)		1日に2回勤務する場合

- ・職種ごとの勤務時間を「○：○○～○：○○」と表記することが困難な場合は、No18～33を活用し、勤務時間数のみを入力してください。
- ・No18～33以外は始業時刻・終業時刻・休憩時間等を入力すると勤務時間数が計算されますが、入力補助を目的とするものですので、結果に誤りがないかご確認ください。
- ・シフト記号が足りない場合は、適宜、行を追加してください。
- ・シフト記号は、適宜、使いやすい記号に変更していただいても構いません。

- * ユニット型の場合は、ユニット部分と全体部分（管理者、医師等特にユニットに専属で張り付かない職員）に分けて勤務表を作成してください。
- * 併設ショートで看護体制加算をとる場合は、看護職員が本体施設とショートでどのように区分されて配置（どちらを主に）されているのか分かるように記載してください。
- * 従来型で夜勤職員配置加算を算定する場合は、事業所毎に定めた※夜勤時間帯（午後 10 時から午前 5 時までの時間を含めた 16 時間）における日毎及び当該月の延べ夜勤時間数を余白に記載するなど、分かるようにしてください。※夜間時間帯のことではありません。

① 年月

- ・ 指定予定月を記入します。指定は、申請書を受理した月の翌々月の1日です。
例：令和7年3月中の申請 → 令和7年5月と記入してください。

② サービス種類

- ・ 申請するサービス種類を記入します。介護予防短期入所生活介護を実施するときは、「短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護」と併せて記入してください。

③ 常勤職員の勤務時間

- ・ 就業規則で常勤職員が1週間で勤務すべき時間数を記載してください。（労働基準法上の上限は、1日8時間、1週40時間とされています。（労働基準法の適用のない使用者の立場の方であっても同様に取り扱います。））
- ・ 1週32時間以下の場合については、常勤職員の勤務すべき時間は、1週32時間としてください。

④ 職種

- ・ 「管理者」「医師」「生活相談員」「看護職員」等、人員基準上の職種で記載してください。
- ・ 兼務者については、常勤換算が必要な職種の場合は、それぞれの職種において記載する必要があります。（例：生活相談員と介護職員を兼務している場合：生活相談員と介護職員それぞれに名前を記載し、勤務時間の配分を行う。）

⑤ 勤務形態

- ・ 勤務形態の区分（A，B，C，D）は、常勤か非常勤か、専従か兼務かによって区別されています。

区分	専従	兼務
常勤	A	B
非常勤	C	D

- ・ 介護保険事業所上の常勤、非常勤、専従及び兼務の意味は次のとおりです。

常勤	正規職員、パート、派遣など雇用形態にかかわらず、「常勤職員の勤務時間数」を勤務する場合はすべて常勤です。
非常勤	この事業所における勤務時間が、「常勤職員の勤務時間数」に満たない場合は、非常勤です。正規職員であっても同一法人の同一敷地内にはない他の事業所を兼務している場合などは、非常勤です。
専従	当該事業所の他の職種に従事せず、同一敷地内の同一法人が経営する他の事業所の職務に従事していない場合です。
兼務	当該事業所の他の職種又は同一敷地内の同一法人が経営する他の事業所の職務に従事している場合です。

- ・ 管理者は、常勤でなくてはなりません。管理者の場合は、支障がない場合は「常勤・兼務（B）」も認められます。

⑥ 氏名

- ・ 資格証と不一致がないようにしてください。改姓され、現在資格証の書き換え手続き中である場合は、公的機関が発行する書類により改姓したことを示す必要があります。具体的には、戸籍抄本、免許証の裏書き、年金手帳などのコピーを提出してください。

⑦ 4週合計・週平均の勤務時間

- ・ 「4週合計」は、1日から28日までの時間数を合計した数字を記入してください。
- ・ ただし、「平均の勤務時間」は、祝日や年末年始の特別休業がなかったものとして、通常の週の平均勤務時間を記入してください。

例：1日8時間の常勤職員

→ 年末年始休業もあり4週の合計が128時間であったとしても、週平均勤務時間は、40時間とする。

⑧ 常勤換算後の人数（P7参照）

- ・ 短期入所生活介護事業所は、生活相談員が、常勤換算で、利用者の数が100又はその端数を増すごとに1.0人以上、看護職員又は介護職員が利用者の数が3又はその端数を増すごとに1.0人以上いる必要があります。
- ・ 常勤換算の数字は、（職種ごとの「週平均の勤務時間」の合計数）÷（常勤職員の1週間あたりの勤務時間）で計算し、小数点以下第2位を切り捨てます。

⑨ 兼務先及び兼務する職種

- ・ 同一事業所の他の職種に従事するか、同一敷地内で同一法人が行う事業に従事している場合、兼務先と兼務する職種、従事時間（例：1日4時間、週20時間）を記入してください。

⑩ ユニット職員について

- ・ ユニットケアについては、生活単位と介護単位の一致という観点から、職員の固定配置を行い、そうすることで顔なじみの関係ができ、コミュニケーションもとりやすくなります。
- ・ 基本的に人員は、ユニットに固定配置するものとし、ユニット間兼務は行わないことを原則とします。
- ・ ただし、夜間勤務を考慮し、一方のユニットに勤務する介護職員が、セットのユニット間で、他方のユニットの入所者とのなじみの関係を促進するため、計画的に月に数回他方のユニットに勤務することは、職員数の確保が十分であることを条件に、認めています。

⑪ ユニット職員の勤務時間帯について

- ・ 通常、ユニットにおける昼間の時間は、入居者の生活実態に応じて設定するものですが、愛知県では、最低の昼間時間として14時間を設定してもらっています。

（5）平面図（標準様式3）

- ・ 他の事業所と同じ事務室を共用してもかまいませんが、机などそれぞれの備品がどの事業所にあたるのか明確に区分すること。トイレ、相談室など共用する場合はその旨明記してください。
- ・ サービス提供に必要な設備・備品（洗面所・トイレ・書庫など）も記載します。
- ・ (12)「主要な場所の写真」にて確認するため、平面図に写真の番号と撮影した方向を記入してください。

(6) 設備・備品等一覧表 (標準様式4)

- ・ 基準上必要とされている設備について、事業を実施するにあたり必要な備品等を記載してください。

(標準様式4)

設備・備品等一覧表

サービス種類 (短期入所生活介護事業)
 事業所名・施設名 (あいち〇〇短期入所生活介護事業所)

チェック欄	設備の種類	設備基準上適合すべき項目
	サービス提供上配慮すべき設備の概要	
	居室、洗面、便所	全室個室として共同生活室に隣接。共同生活室の定員は10名。各個室には洗面所、便所を整備。便所、洗面はセンサーにより自動で照明点灯、木製の手すりを設置し安全性と利便性を確保すると共に温もりをもたせた。掃き出し窓を採用し緊急時、バルコニーへの避難を容易に出来るように考慮した。
	食堂、リビング(共同生活室)	居室から出ると食堂スペース、リビングスペースに通じる。車椅子利用者もスムーズに移動可能なスペースを確保した。 食堂スペースは中央にテーブル、椅子を設置。両側に洗浄代、加熱調理台を設置し利用者個々の自立支援を促す設備となっている。炊飯器、電気ポット、電子レンジ、クッキングヒーター、冷蔵庫、シンク、自動食器洗い機等を備えている。リビングスペースは南側に壁掛け大型テレビを設置し10名の利用者が十分に鑑賞出来る。中央にソファを置き利用者間のコミュニケーションを図れる場とした。食堂スペースとリビングスペースの間に介護カウンター付き間仕切り家具を設置し食堂スペース側のテレビ視聴が出来る配置とした。南面の窓により充分な採光を確保。
	機能訓練室	階段、平行棒などのリハビリ機器を設置し、利用者の機能回復訓練にあたる。また、作業療法スペースにはテーブル、椅子を配置した。利用者の介護度の低下を予防し自立支援体制を整えた。
	浴室	個人浴を設置。特にプライバシーを考慮し、個人浴には介護度の重い利用者も利用可能なスライドチェア付き浴槽を配備した。また、身体負担の軽減を図るため、シャワー浴室を設けた。
	医務室、看護職員室	医務室と看護職員室は隣接し引き戸により出入りできる。医務室は回診者、薬収納庫、シンク、作業台、歯科診療台、ベッドの設備がある。看護職員室には中央に机、椅子を設置し、シンク、作業台、滅菌機、ベンチ、棚、冷蔵庫の設備がある。
	介護職員室	共同生活室3つを単位として各1箇所、計4箇所ある。机、椅子、掲示板などの事務機器、ナースコール受信機、放送設備、火災表示板等の設備がある。
	洗濯室	業務用大型洗濯機・乾燥機、一般洗濯機、衣類などの滅菌用シンクを設備している。
	汚物処理室	手洗いシンク、汚物流し、モップ洗い、一般全自動洗濯機、二層式洗濯機、乾燥機の設備が共同生活室3つを単位として計4箇所ある。
	介護材料室	1階、2階合わせて5箇所あり介護備品を備えるスペースを確保した。
	調理室	大量調理施設衛生管理マニュアルの施設設備に準じた、食品の各調理過程ごとに汚物作業区域、非汚染区域、清潔作業区域を固定し区画した。 検収室、食品等倉庫、下処理室の汚染作業区域は特に下処理室から加熱調理室への食材の移動はバスルーフ式冷蔵庫を採用した。加熱調理室へは自動ドアのついた準備室を経由し二次感染予防を図った。厨房は不燃材(〇〇社製)を使用した加熱調理された食品は盛り付けルームに運ばれ盛り付けされ保温保冷庫に収納。その後、配膳棚より配膳室に移され各共同生活室に運ばれていく。主な設備は次のとおり。 検収室 手洗い、ピラー 下処理室 冷蔵庫、冷凍庫、フードカッター、消毒保管庫、作業車、シンク 準備室 ロッカー、自動ドア 厨房 ハソリ、フライヤー、スチームオーブン、プラステラー、温蔵庫、ガス台、ヨーグルトメーカー、保管棚等 盛付室 ミキサー、冷蔵庫、作業台、保温保冷庫 配膳室 配膳ワゴン 洗浄室 洗浄機、シンク、食器消毒保管庫

備品一覧(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業のみ)

チェック欄	備品の種類	品名	数量

備考 1 申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、付表及び平面図で確認できる項目以外の事項について記載してください。
 2 「設備の種類」、「備品の種類」及び「設備基準上適合すべき項目」については、予め指定権者が、サービス毎に確認すべき内容を本様式に記載し、申請者が「チェック欄」、「品名」及び「数量」を記入して提出する形とすることを推奨します。

(7) 運営規程

- 運営規程には、次の内容を記載する必要があります。

1	事業の目的及び運営の方針	
2	従業者の職種、員数及び職務の内容	
3	利用定員	
4	指定短期入所生活介護の内容及び利用料その他の費用の額	
5	通常の送迎の実施地域	客観的にその区域が特定されること。
6	サービス利用に当たっての留意事項	
7	緊急時等における対応方法	
8	非常災害対策	
9	虐待の防止ための措置に関する事項	
10	その他運営に関する重要事項	

- 運営規程の例を愛知県高齢福祉課介護保険指導第一グループのホームページ (<http://www.pref.aichi.jp/korei/kaigohoken/application/form/provision/21-24.doc>) に掲載していますので参考にしてください。従業者の職種、員数は、(2) 指定に係る記載事項及び(4) 従業者の勤務体制及び勤務形態の記載と合致するようにしてください。
- なお、利用料の積算根拠を必ず添付してください。

(8) 苦情を処理するための措置の概要（標準様式5）【共生型不要】

- 参考例を愛知県高齢福祉課介護保険指導第一グループのホームページ
- (<http://www.pref.aichi.jp/korei/kaigohoken/application/form/sankou/sy06.doc>) に掲載していますので、参考に記入してください。

(9) 協力医療機関との契約書等【共生型不要】

- 契約書の写しを提出してください。(診療科目が明記されていることが望ましい)
- 診療科目が明記されていない場合には、協力医療機関の診療科目の分かる書類を添付してください。

(10) 欠格事由に該当していない旨の誓約書（標準様式6）

- サービスの質の向上と悪質な事業者の排除を目的として、平成18年4月の改正で、指定を行わない場合として、法人の役員等の欠格事由が規定されました。
- また、愛知県暴力団排除条例第2条第3号に規定する暴力団員等が役員にある法人については、指定及び指定の更新を受けることができません。
- この欠格事由に該当する役員等がないことについて、「欠格事由に該当していない旨の誓約書（別紙①居宅サービス用）」を提出します。

- ・ 介護予防短期入所生活介護事業を実施する場合は、「欠格事由に該当していない旨の誓約書（別紙⑤介護予防サービス用）」もあわせて提出してください。
- ・ 役員等には、管理者を含みます。

役員^①の範囲

- 「医療法人」・・・①理事、②監事
- 「社会福祉法人」・・・①理事、②監事
- 「特定非営利活動法人」・・・①理事、②監事
- 「合同会社」（有限責任社員のみで構成）・・・①全社員
- 「合名会社」（無限責任社員のみで構成）・・・①全社員
- 「合資会社」（有限責任社員と無限責任社員とで構成）・・・①全社員
- 「株式会社」・・・①取締役（社外取締役を含む）、②執行役、③監査役（社外監査役）、
④会計参与
- 「地方公共団体」・・・①市町村長、②副市町村長

誓約書

〇〇年〇〇月〇〇日

愛知県知事 殿

申請者 (名称)

株式会社あいちけん

(代表者の職名・氏名)

代表取締役 愛知花子

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

Table with 2 columns: Selection (radio button) and Category (別紙①: 居宅サービス事業所向け, 別紙②: 介護老人福祉施設向け, etc.)

(該当に〇)

(別紙①: 居宅サービス事業所向け) 介護保険法第70条第2項

Main table with 2 columns: Item number (一 to 十二) and Detailed conditions for application and cancellation of designated services.

(別紙⑤:介護予防サービス事業所向け)
介護保険法第115条の2第2項

一	申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。
二	当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第百十五條の四第一項の都道府県の条例で定める基準及び同項の都道府県の条例で定める員数を満たしていないとき。
三	申請者が、第百十五條の四第二項に規定する指定介護予防サービス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又は指定介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護予防サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
四	申請者が、拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
五	申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
五の二	申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
五の三	申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全てを引き続き滞納している者であるとき。
六	申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、第百十五條の九第一項又は第百十五條の三十五第六項の規定により指定(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定を除く。)を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五條の規定による通知があつた日前六十日以内に当該法人の役員等であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。)であり、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
六の二	申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、第百十五條の九第一項又は第百十五條の三十五第六項の規定により指定(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定に限る。)を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五條の規定による通知があつた日前六十日以内に当該法人の役員等であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。)であり、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
六の三	申請者と密接な関係を有する者が、第百十五條の九第一項又は第百十五條の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものを除く。
七	申請者が、第百十五條の九第一項又は第百十五條の三十五第六項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五條の規定による通知があつた日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第百十五條の五第二項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。))で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
七の二	申請者が、第百十五條の七第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第百十五條の九第一項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通じた場合における当該特定の日をいう。)までの間に第百十五條の五第二項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。))で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
八	第七号に規定する期間内に第百十五條の五第二項の規定による事業の廃止の届出があつた場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人(当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所(当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。)の管理者であつた者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
九	申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
十	申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、法人で、その役員等のうちに第四号から第六号まで又は第七号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
十の二	申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、法人で、その役員等のうちに第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
十一	申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第六号まで又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。
十二	申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。

※なお、別紙①及び⑤における「一 申請が都道府県の条例で定める者でないとき。」とは以下を指します。

【愛知県条例で定める者】

指定居宅サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例

(平成24年12月21日 愛知県条例第70号)

(指定居宅サービス事業者の指定に係る申請者の要件)

第十条 法第七十条第二項第一号(法第七十条の二第四項において準用する場合を含む。次項において同じ。)の条例で定める者は、法人(その役員の中に暴力団員等があるものを除く。)とする。

2 前項の規定にかかわらず、病院、診療所若しくは薬局により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る指定の申請にあっては、法第七十条第二項第一号の条例で定める者は、次の各号のいずれにも該当しない者とする。

- 一 暴力団員等
- 二 法人でその役員の中に暴力団員等があるもの

(11) 役員名簿

- ・ 誓約書の対象となる役員等について一覧表に記してください。
- ・ 役員等の範囲は、当該法人の申請書類を提出する日現在の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わない。）及び管理者です。
- ・ 管理者を忘れずに記載してください。なお、役員が管理者となる場合の役職名は実態に合わせ「取締役兼管理者」等と記してください。

参考様式 2

役員名簿

(1 枚中の 1)

(ふりがな) 氏 名	生年月日	性別	役職名	(郵便番号) 住 所
あいち はなこ 愛 知 花 子	昭〇〇. 〇.〇	女	代表取締役	(〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇町〇番〇号
やまだ はなこ 山 田 花 子	昭〇〇. 〇.〇	女	取締役	(〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇町〇番〇号
たなか たろう 田 中 太 郎	昭〇〇. 〇.〇	男	監 事	(〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇町〇番〇号
たなか はなこ 田 中 花 子	昭〇〇. 〇.〇	女	管理者	(〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇町〇番〇号
				(-)

(12) 主要な場所の写真（参考様式 3）

- ・ 写真はカラー写真としてください。
- ・ 設備基準上必要な設備については、全て写真を撮影してください。
ただし、居室で構造、面積等が同一の部屋の場合は、そのうちの 1 つの写真で足りません。
- ・ 撮影した日付を記入してください。
- ・ 写真説明欄には、(5) 平面図に付した番号（撮影位置を示したもの）と説明を記入してください。

(参考様式3)

<p>主要な場所の写真</p>	<p>注) 1、撮影年月日入力 2、撮影位置、写真内容等説明を記入してください 3、工事中、改修中は確認がとれませんので不可</p>
	<p>撮影日 年 月 日</p>
	<p>写真説明</p>
	<p>① 建物外観</p>
	<p>撮影日 年 月 日</p>
	<p>写真説明</p>
	<p>② 建物玄関</p>
	<p>撮影日 年 月 日</p>
	<p>写真説明</p>
	<p>③</p>
	<p>共同生活室</p>
	<p>居室</p>
	<p>医務室</p>
	<p>洗面設備</p>
	<p>浴室</p>
	<p>調理室</p>
	<p>汚物処理室</p>
	<p>介護材料室</p>
	<p>トイレ</p>
	<p>事務室</p>
	<p>備品(机、椅子、パソコン、通信機器等)</p>
<p>非常災害設備</p>	
<p>など</p>	

(13) 管理者の雇用関係を証する書類【共生型不要】

- ・ 雇用関係を証する書類とは、当該の者が、すでに申請者の法人に雇用されている、又は指定日までに雇用することを示す「雇用契約書」「労働条件通知書（雇入通知書）」「辞令」のいずれかの写し（コピー）です。

(14) 資格が必要な職種の資格証

- ・ 資格証・修了証明書は、A4サイズにコピーして添付してください。
- ・ 結婚等により現在の姓と資格証の姓が異なる場合は、公的機関が発行する書類により改姓したことを示す必要があります。具体的には、戸籍抄本、免許証の裏書き、年金手帳などのコピーを提出します。
- ・ 介護福祉士、看護師、栄養士、理学療法士、作業療法士などの登録により有資格となる資格要件が必要な職種については、登録完了の書類（登録証明書）の確認ができるまで指定基準上の従業者として認めていません。合格証書では不可です。

(15) 介護給付費算定に係る届出書

(別紙2)

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 ○ 年 ○ 月

愛知県 知事 殿

所在地 愛知県○○市○町○番○号

名称 株式会社あいちけん

① 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	カブシキガイシャアイチケン 株式会社あいちけん				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 000 - 0000) 愛知 県 ○○ 群市 ○町○番○号 ② (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	000-000-0000	FAX番号	000-000-0000	
	法人の種別	株式会社	法人所轄庁			
事業者	代表者の職・氏名	職名	代表取締役	氏名	愛知 花子	
	代表者の住所	(郵便番号 000 - 0000) 愛知 県 ○○ 群市 ○町○番○号				
	フリガナ 事業所・施設の名称	アイチマルマルタンキニューショセイカツカイゴジギョウショ あいち○短期入所生活介護事業所				
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 000 - 0000) 愛知 県 ○○ 群市 ○町○番○号				
事業所・施設の状況	連絡先	電話番号	000-000-0000	FAX番号	000-000-0000	
	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	田中 花子				
届出を行う事業所・施設の種類の種類	管理者の住所	(郵便番号 000 - 0000) 愛知 県 ○○ 群市 ○町○番○号 ④				
	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)
	指定居宅サービス	訪問介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	
		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 checked="" type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和○年○月○日
		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 checked="" type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和○年○月○日	
	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	2 3					
医療機関コード等						
特記事項	変更前			変更後		
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。

① 届出者

- ・ 注意事項は、指定申請書の記入要領と同様です。
- ・ 郵便番号、電話番号など誤りがないようよく確認して記入してください。

② 法人所轄庁

- ・ 「法人の種別」が株式会社、有限会社、合同会社等の場合は空欄とし、社会福祉法人、医療法人、特定非営利活動法人などは、所管する（認可等を受けた）官庁を記入します。

③ 事業所の状況

- ・ 指定申請書類等と記載内容に違いがないよう確認してください。

④ 異動（予定）年月日

- ・ 申請書類を提出する日の属する月の翌々月の1日として記入してください。

例：令和7年3月中に受理の見込み → 令和7年5月1日

(16) 介護給付費算定に係る一覧表(別紙1、別紙1-2)

(別紙1-1)

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)

介護サービス		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	新引
各サービス共通				地域区分 <input type="checkbox"/> 1 1級地 <input type="checkbox"/> 6 2級地 <input type="checkbox"/> 7 3級地 <input type="checkbox"/> 2 4級地 <input type="checkbox"/> 3 5級地 <input type="checkbox"/> 4 6級地 <input type="checkbox"/> 9 7級地 <input type="checkbox"/> 5 その他	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり
<input type="checkbox"/> 21 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 1 単独型 <input 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; padding: 5px; width: fit-content;">③</div>	夜間勤務条件基準	<input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">①</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">②</div>
			職員の欠員による減算の状況	<input 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 type="checkbox"/> 2 対応可		
			身体拘束禁止取組の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型		
			高齢者虐待防止措置実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型		
			業務経統計画策定の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型		
			共生型サービスの提供(短期入所事業所)	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり		
			生活相談員配置等加算	<input 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 type="checkbox"/> 3 加算I <input type="checkbox"/> 2 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 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 type="checkbox"/> 3 加算II		
			個別機能訓練体制	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり		
			認知症対応型利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり		
			言語体制	<input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可		
			口腔連携強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり		
			療養食加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり		
			認知症専門ケア加算	<input 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 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"/> 6 加算I <input type="checkbox"/> 5 加算II <input type="checkbox"/> 7 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 type="checkbox"/> 6 加算I <input type="checkbox"/> 5 加算II <input type="checkbox"/> 7 加算III		
併設本施設における介護職員等処遇改善加算1の届出状況	<input type="checkbox"/> 1 なし <input 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"/> 7 加算I <input type="checkbox"/> 8 加算II <input type="checkbox"/> 9 加算III <input type="checkbox"/> A 加算IV					

(別紙1-2)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(介護予防サービス)

介護サービス		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	新引
各サービス共通				地域区分 <input type="checkbox"/> 1 1級地 <input type="checkbox"/> 6 2級地 <input type="checkbox"/> 7 3級地 <input type="checkbox"/> 2 4級地 <input type="checkbox"/> 3 5級地 <input type="checkbox"/> 4 6級地 <input type="checkbox"/> 9 7級地 <input type="checkbox"/> 5 その他	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり
<input type="checkbox"/> 24 介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 1 単独型 <input 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; padding: 5px; width: fit-content;">③</div>	夜間勤務条件基準	<input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">①</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">②</div>
			職員の欠員による減算の状況	<input 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 type="checkbox"/> 2 対応可		
			身体拘束禁止取組の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型		
			高齢者虐待防止措置実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型		
			業務経統計画策定の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型		
			共生型サービスの提供(短期入所事業所)	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり		
			生活相談員配置等加算	<input 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 type="checkbox"/> 3 加算I <input type="checkbox"/> 2 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 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 type="checkbox"/> 3 加算II		
			個別機能訓練体制	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり		
			認知症対応型利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり		
			言語体制	<input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可		
			口腔連携強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり		
			療養食加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり		
			認知症専門ケア加算	<input 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 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"/> 6 加算I <input type="checkbox"/> 5 加算II <input type="checkbox"/> 7 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 type="checkbox"/> 6 加算I <input type="checkbox"/> 5 加算II <input type="checkbox"/> 7 加算III		
併設本施設における介護職員等処遇改善加算1の届出状況	<input type="checkbox"/> 1 なし <input 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"/> 7 加算I <input type="checkbox"/> 8 加算II <input type="checkbox"/> 9 加算III <input type="checkbox"/> A 加算IV					

※加算の根拠となるサービスの内容、体制が確保されていることが前提となります。

① 新規の場合は記入不要

② 地域区分

事業所の所在する市町村名から選択してください。

	市町村名	令和6年度から 令和8年度まで		市町村名	令和6年度から 令和8年度まで		市町村名	令和6年度から 令和8年度まで
1	名古屋市	3級地 (15%)	19	小牧市	7級地 (3%)	37	あま市	6級地 (6%)
2	豊橋市	7級地 (3%)	20	稲沢市	6級地 (6%)	38	長久手市	6級地 (6%)
3	岡崎市	6級地 (6%)	21	新城市	7級地 (3%)	39	東郷町	6級地 (6%)
4	一宮市	6級地 (6%)	22	東海市	7級地 (3%)	40	豊山町	6級地 (6%)
5	瀬戸市	6級地 (6%)	23	大府市	7級地 (3%)	41	大口町	7級地 (3%)
6	半田市	7級地 (3%)	24	知多市	7級地 (3%)	42	扶桑町	7級地 (3%)
7	春日井市	6級地 (6%)	25	知立市	5級地 (10%)	43	大治町	6級地 (6%)
8	豊川市	7級地 (3%)	26	尾張旭市	6級地 (6%)	44	蟹江町	6級地 (6%)
9	津島市	6級地 (6%)	27	高浜市	7級地 (3%)	45	飛島村	6級地 (6%)
10	碧南市	6級地 (6%)	28	岩倉市	6級地 (6%)	46	阿久比町	7級地 (3%)
11	刈谷市	3級地 (15%)	29	豊明市	5級地 (10%)	47	東浦町	7級地 (3%)
12	豊田市	3級地 (15%)	30	日進市	6級地 (6%)	48	南知多町	その他 (0%)
13	安城市	6級地 (6%)	31	田原市	7級地 (3%)	49	美浜町	その他 (0%)
14	西尾市	6級地 (6%)	32	愛西市	6級地 (6%)	50	武豊町	7級地 (3%)
15	蒲郡市	7級地 (3%)	33	清須市	6級地 (6%)	51	幸田町	7級地 (3%)
16	犬山市	6級地 (6%)	34	北名古屋市	6級地 (6%)	52	設楽町	7級地 (3%)
17	常滑市	7級地 (3%)	35	弥富市	6級地 (6%)	53	東栄町	7級地 (3%)
18	江南市	6級地 (6%)	36	みよし市	5級地 (10%)	54	豊根村	7級地 (3%)

③ 施設等の区分欄

- ・ 「1 単独型」「2 併設型・空床型」「3 単独型ユニット型」「4 併設型・空床型ユニット型」いずれかの□を■にする。

※ 一部ユニット型の場合は、従来型とユニット型をそれぞれの事業所（施設）として指定することになりますので、ご注意ください。

【共通】

- 夜間勤務条件基準
- 身体拘束廃止取組の有無
- 高齢者虐待防止措置実施の有無
- 業務継続計画策定の有無
- 介護職員処遇改善加算（有→別紙様式2）

【共生型】

- 共生型サービスの提供（あり）

(17) 証紙貼付書（様式第33）

- ・ キャッシュレス決済により支払う場合は不要です。キャッシュレス決済については、「あいち電子申請・届出システム」(<https://ttzk.graffer.jp/pref-aichi>)により手続きを行ってください。
- ・ 30,000円分の愛知県証紙を添付してください。（消印等はしないでください。）
- ・ なお、短期入所生活介護と介護予防短期入所生活介護を一体的に運営するために、同時に申請する場合は、介護予防短期入所生活介護に係る手数料は免除されます。
- ・ また、空床型の短期入所生活介護に係る申請についても手数料が免除されます。

(18)障害者総合支援法に基づく指定通知書の写し【共生型のみ】

- ・ 「短期入所」の指定通知書の写し。(更新をしている事業所については、併せて指定更新通知書の写しも添付してください。)