

# 介護保険事業者指定申請の手引き

短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護編

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 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
- 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。
- ・ 短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護は、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、療養病床を有する病院・診療所、療養病床以外の病床を有する診療所のみが行うことができます。
- ・ このうち、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設については、介護保険法に基づき介護老人保健施設、介護医療院の開設許可又は介護療養型医療施設の指定を受けたとき、医療法上の療養病床を有する病院・診療所については健康保険法に基づき保健医療機関の指定を受けたときに、介護保険法の規定により指定があったものとみなされます（みなし指定）。届け出により、この指定を辞退することができますが、いったん辞退した場合には、指定短期入所療養介護事業を行うためには、この手引書にそった指定申請が必要です。
- ・ また、介護療養型医療施設を除く療養病床以外の病床を有する診療所については、この手引書にそった指定申請により短期入所療養介護事業の指定が受けられます。
- ・ 指定にあたり、①従業者の人員、設備及び運営の基準を満たすこと、②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。
- ・ 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

- ・ 短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（以下「指定短期入所療養介護」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	指定短期入所療養介護の目的など
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

指定短期入所療養介護は、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、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活の世話をを行うことにより、療養生活の質の向上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

**【介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、療養病床を有する病院・診療所】**  
 本体施設が、それぞれの施設として満たすべき人員基準を満たしていれば足りります。

#### **【療養病床以外の病床を有する診療所】**

- ・ 短期入所療養介護を提供する病室に置くべき看護職員又は介護職員の員数の合計は、常勤換算方法で、利用者及び入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上であること。
- ・ 夜間における緊急連絡体制を整備し、看護職員又は介護職員を1人以上配置していること。

#### (3) 設備基準のあらまし

**【介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、療養病床を有する病院・診療所】**  
 本体施設が、それぞれの施設として満たすべき設備基準を満たしていれば足りります。また、本体施設が療養病床を有する病院若しくは診療所については、それぞれの施設として満たすべき設備基準に加えて、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を有することが必要です。ユニット型の場合は、本体施設のユニット型の設備基準を満たしていれば足りります。

#### (4) 報酬請求のあらまし

##### ア 基本報酬

短期入所療養介護事業所は、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療養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療養介護計画が作成されていなければ、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かったり、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

提供前に短期入所療養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。

### 【療養病床以外の病床を有する診療所】

- ・ 病室の床面積は、利用者1人につき6.4平方メートルとすること。
- ・ 浴室を有すること
- ・ 機能訓練を行うための場所を有すること
- ・ 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を有すること。

## I-3 指定の事務の流れ

### (1) 指定の受付担当部署

- ・ 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します。

### 【施設みなし（介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設）】

### 【医療みなし（医療法上の療養病床を有する病院・診療所）】

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

電話 052-954-6289

FAX 052-954-6919

【一般指定（療養病床以外の診療所）】

（表 I - 3 - 1）

事業所の所在地	担当福祉相談センター
（市部）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 0 5 2 - 9 6 1 - 1 4 2 3 FAX 0 5 2 - 9 6 1 - 7 2 8 8
（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 0 5 6 4 - 2 7 - 2 7 3 7 FAX 0 5 6 4 - 2 7 - 2 8 1 6

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）](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

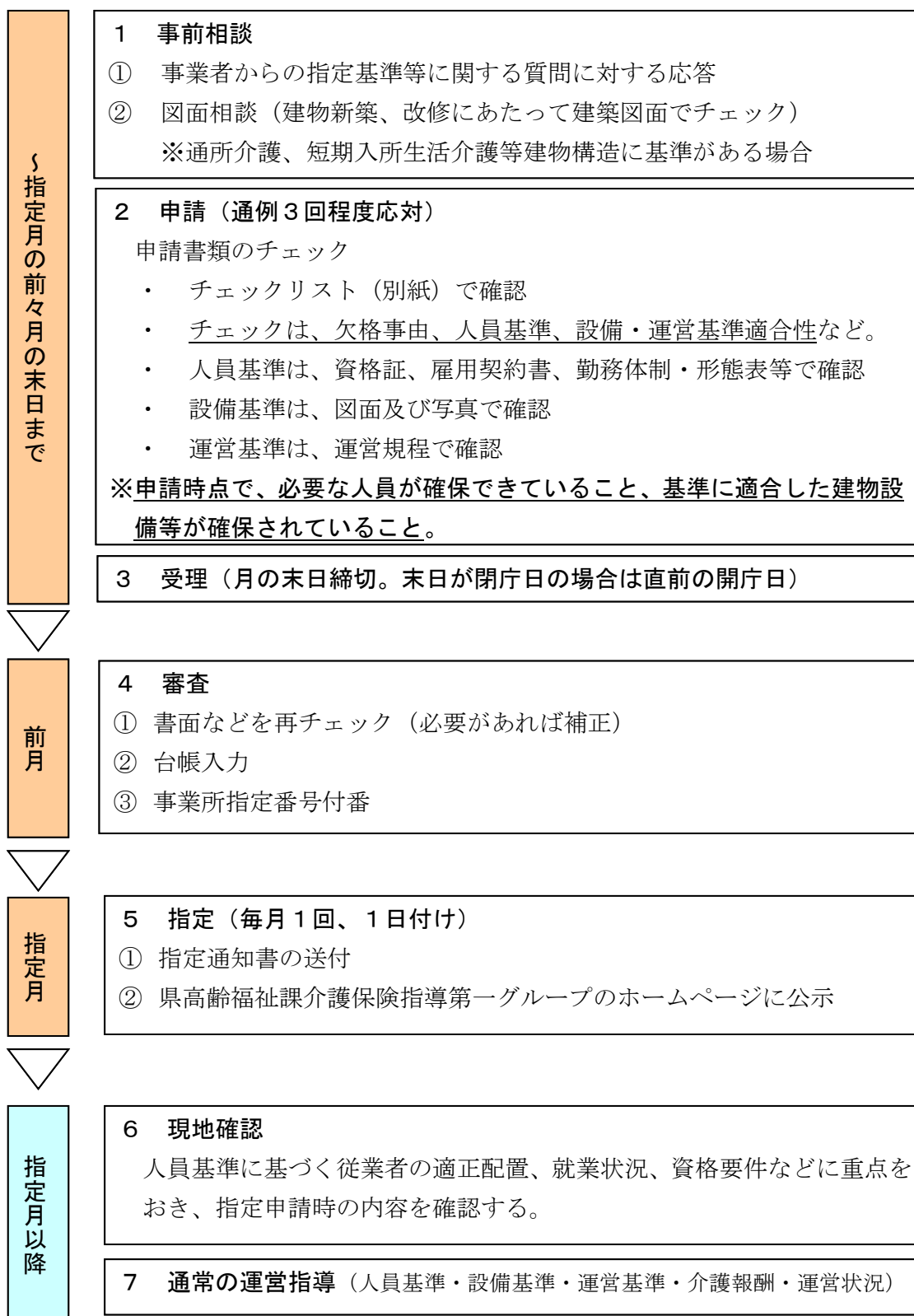
ア 基本ルール

- 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 2 5 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。
- 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と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、医療みなし事業所のみを事業所を除き、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定・指導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) 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。

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。

## Ⅱ－１ 指定申請書類一覧（短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護）

- ・ 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養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。
- ・ 短期入所療養介護事業と介護予防短期入所療養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も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、事前にご相談の上、表Ⅱ－１の１の書類を番号順に揃えて、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（短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護用）

- （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（十一））
  - （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  
※事業所が法人以外の者の開設する病院又は診療所である場合を除く。
  - （４）本体施設の認可証等の写し
  - （５）従業者の勤務体制及び勤務形態（標準様式１）
  - （６）平面図（標準様式３）
  - （７）設備・備品等一覧表（標準様式４）
  - （８）運営規程
  - （９）苦情を処理するための措置の概要（標準様式５）
  - （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
  - （１４）介護給付費算定に係る届出書（別紙２）
  - （１５）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
- 若年性認知症利用者受入加算
- 送迎体制（有→車検証の写し、車の写真、賃貸にあっては契約書の写し）
- 療養食加算

認知症専門ケア加算（有→別紙12-2）

特定診療項目

リハビリテーション提供体制加算

介護職員処遇改善加算（有→別紙様式2）

診療報酬算定のための届出書添付

※ 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。よって、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。

(16) 証紙貼付書（様式第33）

## 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。

### 9 短期入所療養介護点検表【介護予防(有・無)】

【①療養病床を有する病院・診療所(介護療養型医療施設を除く)、  
②療養病床以外の病床を有する診療所】

※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	チェック内容
指定申請書(別紙様式第一号(一))					<input type="checkbox"/> 登記事項証明書の目的の中に、介護給付にあつては「居宅サービス事業」「短期入所療養介護」等、介護予防にあつては「介護予防サービス事業」「介護予防短期入所療養介護」等の適切な文言があるか <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 <b>□郵便番号の間違い注意</b>
指定に係る記載事項(付表第一号(十一))					
商業登記事項証明書(直近3ヶ月以内の原本)					<input type="checkbox"/> 履歴事項全部証明書でも可 <input type="checkbox"/> 事業所が法人以外の者の開設する病院又は診療所である場合を除く。 <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。
本体施設の認可証等の写し					<input type="checkbox"/> 病院、診療所等
従業員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】					【療養病床以外の病床を有する診療所】 ・短期入所療養介護を提供する病室に置くべき看護職員又は介護職員の員数の合計は、常勤換算方法で、利用者及び入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上であること。 ・夜間における緊急連絡体制を整備し、看護職員又は介護職員を1人以上配置していること。
平面図(標準様式3)					【介護老人保健施設、療養病床を有する病院・診療所】 本体施設が、それぞれの施設として満たすべき設備基準を満たしていれば足りる。また、本体施設が療養病床を有する病院若しくは診療所については、それぞれの施設として満たすべき設備基準に加えて、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を有することが必要です。ユニット型の場合は、本体施設のユニット型の設備基準を満たしていれば足りる。 【療養病床以外の病床を有する診療所】 ・病室の床面積は、利用者1人につき6.4平方メートルとすること
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) <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) □負担限度額の表記 □緊急時の対応 □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 □虐待防止のための措置 □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)					
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 <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
役員名簿(参考様式2)					<input type="checkbox"/> 法人の全役員と事業所の管理者が対象
主要な場所の写真(参考様式3)					<input type="checkbox"/> 建物外観、玄関、居室、食堂等その他設けなければならない設備 (※完成した事業所の写真添付)
管理者の雇用関係がわかる書類					<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書類
介護給付費算定に係る届出書(別紙2)					【施設区分別】 <input type="checkbox"/> 本体施設と同様の書式を添付 【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(有一別紙様式2)
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)					<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。

申 送 事 項	1)
	2)
	3)

注) 次回の点検にもこの用紙を一括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 医療法人 あいちけん

代表者職名・氏名 理事長 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	1	1
申請者	フリガナ	イリヨウホウジン アイチケン																	
	名称	医療法人 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	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																
法人等の種類	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	理事長	フリガナ	アイチ ハナコ	生年月日	昭和〇年〇月〇日												
		代表者(開設者)の住所	(郵便番号 000 - 0000 )	愛知 都 道	〇〇	市 区	町 村	〇町〇番〇号											
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・施設の種類の種類	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"/>				付表第一号(八)(九)(十)													
	短期入所療養介護		○		令和〇年〇月〇日	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"/>				付表第一号(八)(九)(十)														
介護予防短期入所療養介護		○		令和〇年〇月〇日	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（病院、診療所は法人格不要）。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：「医療法人」を「(医)」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 (十一))

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	111111111111									
	フリガナ	アイチマルマルタンキニュウシヨリョウヨウカイゴジギョウシヨ									
	名称	あいち〇〇短期入所療養介護事業所									
	所在地	(郵便番号 000 - 0000 )	愛知	都府	道	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									
事業所種別 (該当に〇を記入)	①介護老人保健施設	〇									
	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	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									
病棟名		〇〇病棟									
サービス提供単位1 (事業所種別に該当の場合)	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					
	〇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)										
	〇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				㎡					
	廊下		片廊下の幅		m						
			中廊下の幅		m						
	食堂				㎡						
	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 (事業所種別に該当の場合)	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					
	〇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)										
	〇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				㎡					
	廊下		片廊下の幅		m						
			中廊下の幅		m						
	食堂				㎡						
	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。

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：「〇〇病院」とするのか「〇〇 病院」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、特に資格要件はありませんが、短期入所療養介護においては、通常本体施設の管理者と同一になると考えられます。

## ③ 従業者の員数

- ・ 医師、看護職員等の数を、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、介護保険の短期入所療養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療養介護事業、介護予防短期入所療養介護事業」「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所」などの規定がなされていることが必要です。（施設みなしを除く。）
- ・ 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。

**\*商業登記事項証明書とともに、申請者が法人でない病院、診療所の場合は添付不要です。**

### （4）本体施設の認可証等の写し

- ・ 本体施設（老健、介護医療院、病院等）の許可書等の写しを添付してください。

### （5）従業者の勤務体制及び勤務形態（標準様式1）

#### 【介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、療養病床を有する病院・診療所】

- ・ 従業者については、本体施設の基準で必要とされる人員であるため、本体施設の勤務形態表を添付してください。

#### 【療養病床以外の病床を有する診療所】（P4参照）

- ・ 短期入所療養介護の人員基準を満たす勤務形態表を添付してください。

### （6）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。



#### (7) 設備・備品等一覧表（標準様式4）

- ・ 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。

#### (8) 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	指定短期入所療養介護の内容及び利用料その他の費用の額	
4	通常の見送の実施地域	客観的にその区域が特定されること。
5	施設利用に当たっての留意事項	
6	非常災害対策	
7	虐待の防止のための措置に関する事項	
8	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/22-23-25-26.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(5) 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。

#### (9) 苦情を処理するための措置の概要（標準様式5）

- ・ 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、参考にし記入してください。

#### (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。
- ・ 介護予防短期入所療養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, 別紙③: 介護老人保健施設向け, 別紙④: 介護医療院向け, 別紙⑤: 介護予防サービス事業所向け)

(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 12 rows of conditions and their corresponding applicant responses. Each row contains a condition number and a detailed text description of the condition, followed by the applicant's response.

(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（参考様式2）

- ・ 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	理事長	(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	理事	(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、(6) 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> </p>
	<p> </p>
	<p> </p>
	<p> </p>
	<p> </p>
	<p> </p>
	<p> </p>
	<p> </p>
	<p> </p>
<p>写真説明</p>	
<p>② 建物玄関</p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </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>	
<p> </p>	
<p> </p>	

**(13) 管理者の雇用関係を証する書類**

- ・ 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) 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 医療法人あいちけん

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。

届出者	フリガナ 名称	イリョウホウジンアイチケン 医療法人あいちけん				事業所所在地市町村番号	
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 000 - 0000) 愛知 県 ○○ 群市 ○町○番○号 (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	医療法人		法人所轄庁		愛知県	
	代表者の職・氏名	職名	理事長	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					
事業所・施設 の 状 況	フリガナ 事業所・施設の名	アイチマルマルタンキニューショリョウヨウカイゴジギョウシヨ あいち○○短期入所療養介護事業所					
	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					
	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 (郵便番号 000 - 0000) 愛知 県 ○○ 群市 ○町○番○号					
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			<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 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 checked="" type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和○年○月○日		
	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 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





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から選んでください。

	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%)

【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)

(16) 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、短期入所療養介護と介護予防短期入所療養介護を一体的に運営するために、同時に申請する場合は、介護予防短期入所療養介護に係る手数料は免除されます。
- ・ 施設みなしの場合は、手数料の納付は必要ありません。
- ・ 「医療みなし辞退→再指定」の場合も同様に30,000円必要です。