

# 介護保険事業者指定申請の手引き

福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売編

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

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。

## I 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従業者の人員及び設備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

- ・ 福祉用具貸与・特定福祉用具販売及び介護予防福祉用具貸与・特定介護予防福祉用具販売（以下「指定福祉用具貸与・特定福祉用具販売」）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であり、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年度からは、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	指定福祉用具貸与・特定福祉用具販売の目的など
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

指定福祉用具貸与・特定福祉用具販売は、その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、心身の状況や希望・環境をふまえ、適切な福祉用具の選定の援助・取付け・調整等を行い、福祉用具を貸与・販売することで、日常生活上の便宜を図りその機能訓練等に資するとともに、介護者の負担軽減を図るものです。

## (2) 人員基準のあらまし

### ア 福祉用具専門相談員

- ・ 員数 常勤換算方法で、2.0人以上配置すること。
- ・ 福祉用具専門相談員は、福祉用具貸与計画（介護予防福祉用具貸与計画）、特定福祉用具販売計画（特定介護予防福祉用具販売計画）の作成・変更等を行い、福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）、特定福祉用具販売（特定介護予防福祉用具販売）の提供に当たる。

#### 常勤換算について

※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、当該事業所が居宅介護支援と通所介護の指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が介護支援専門員と通所介護の介護職員を兼務する場合、介護支援専門員の勤務延時間数には、介護支援専門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。（小数点第2位切り捨て）

- ・ 資格要件

福祉用具専門相談員として、次の資格等を有する者が認められています。

a	保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、義肢装具士
b	福祉用具専門相談員指定講習修了者

## イ 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。

- ・ 当該事業所の福祉用具相談専門員等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、入所施設における入所者に対してサービス提供を行う看護・介護職員と兼務する場合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などは、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。

## (3) 設備基準のあらまし

### ア 区画

- ・ 事業運営のために必要な広さの区画を設けること。
- ・ 下記ウの部分を除き、他の事業の用に供するものと明確に区分される場合は、他の事業と同一であっても差し支えありません。間仕切りがなくとも、福祉用具貸与・特定福祉用具販売の事業を行うための区画が明確に特定されれば足りません。

### イ 相談スペース

- ・ 相談スペースを設けること（共用可）。
- ・ 相談スペースは、少なくともパーティション（ついで）などにより、プライバシーが確保されるものとする。

### ウ 設備及び器材

- ・ 福祉用具の保管のために必要な設備（委託等により保管又は消毒を他の事業者に行わせる場合は備える必要はありません。）
  - a 清潔であること
  - b 既に消毒又は補修がなされている福祉用具とそれ以外の福祉用具を区分するため、保管室を別にする若しくはつい立ての設置等により保管する区域を明確にすること
- ・ 福祉用具の消毒のために必要な器材（委託等により他の事業者に行わせる場合は備える必要はありません。）
  - a 福祉用具の種類及び材質等からみて適切な消毒効果を有するものであること

## エ その他

- ・事務室、区画又は設備及び備品等については、必ずしも事業者所有でなくても貸与を受けているもので足りません。

### (4) 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。

- ・利用申込者に対するサービス提供内容及び手続の説明及び同意
- ・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
- ・居宅介護支援事業者等との連携
- ・介護予防支援事業者等との連携
- ・法定代理受領サービスの提供を受けるための援助（福祉用具貸与）
- ・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
- ・居宅サービス計画及び介護予防サービス計画等の変更の援助
- ・身分を証する書類の携行
- ・サービスの提供の記録
- ・利用料等の受領（福祉用具貸与）
- ・販売費用の額等の受領（特定福祉用具販売）
- ・保険給付の請求のための証明書の交付（福祉用具貸与）
- ・保険給付の申請に必要な書類等の交付（特定福祉用具販売）
- ・指定福祉用具貸与の基本取扱方針（福祉用具貸与）
- ・指定介護予防福祉用具貸与の基本取扱方針（福祉用具貸与）
- ・指定福祉用具貸与の具体的取扱方針（福祉用具貸与）
- ・指定介護予防福祉用具貸与の具体的取扱方針（福祉用具貸与）
- ・福祉用具貸与計画の作成
- ・指定特定福祉用具販売の基本取扱方針（特定福祉用具販売）
- ・指定介護予防特定福祉用具販売の基本取扱方針（特定福祉用具販売）
- ・指定特定福祉用具販売の具体的取扱方針（特定福祉用具販売）
- ・指定介護予防特定福祉用具販売の具体的取扱方針（特定福祉用具販売）
- ・特定福祉用具販売計画の作成（特定福祉用具販売）
- ・利用者に関する市町村への通知
- ・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

- ・適切な研修の機会の確保
- ・福祉用具の取扱種目
- ・衛生管理等
- ・掲示及び目録の備え付け
- ・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
- ・地域との連携
- ・事故発生時の対応
- ・虐待の防止
- ・会計の区分
- ・記録の整備

## (5) 報酬請求のあらまし

### ア 基本報酬

福祉用具貸与事業所は、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福祉用具貸与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福祉用具貸与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福祉用具貸与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 指定の事務の流れ

#### (1) 指定の受付担当部署

- ・ 福祉用具貸与など居宅サービス事業（介護予防サービス）事業の指定に関する事務は、事業所の所在地により、下記の福祉相談センターにおいて行います。  
 ※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。
- ・ 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。下記の担当福祉相談センターに電話で予約をした上で申請窓口へお越しください。
- ・ 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。

(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 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

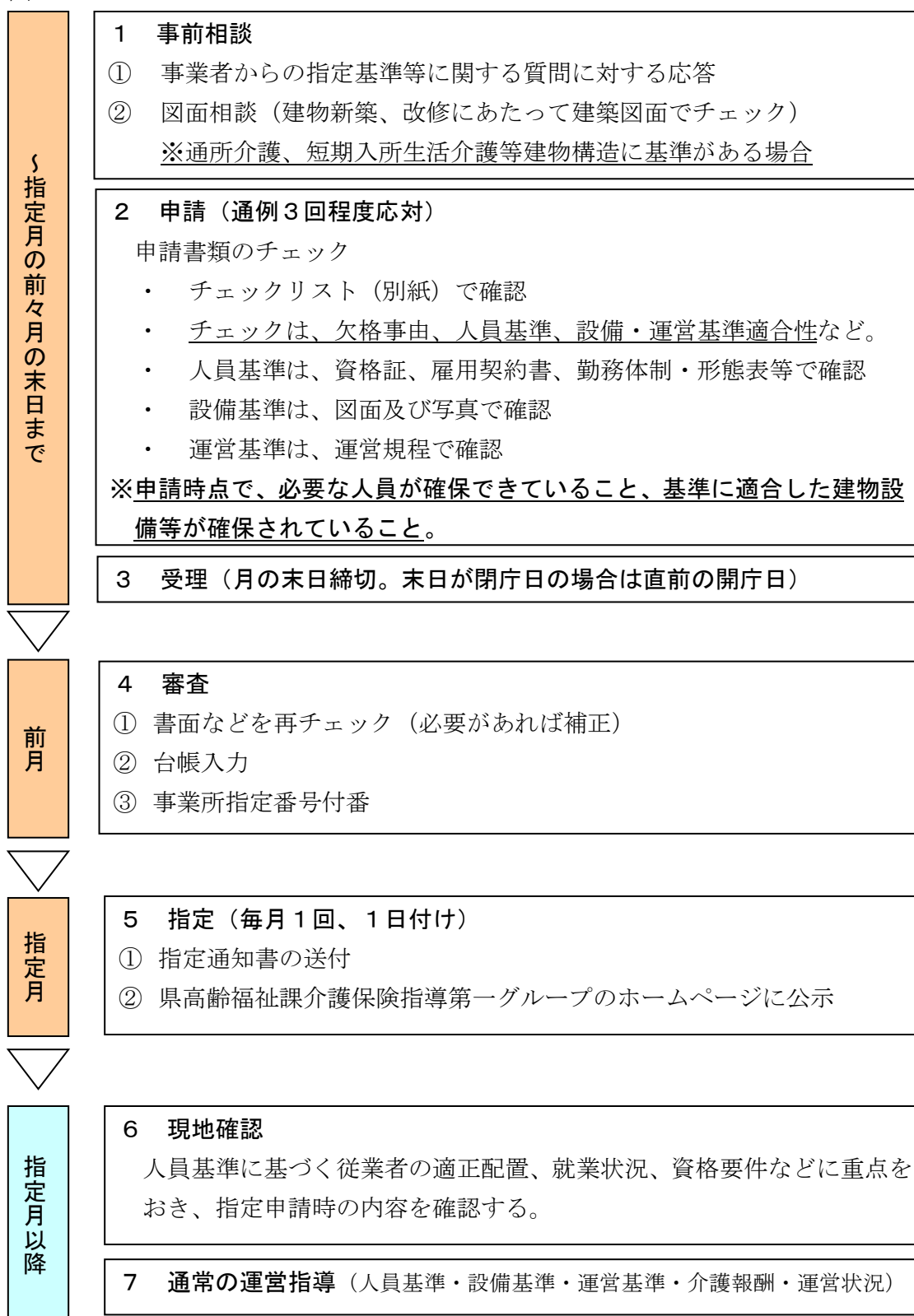
### ア 基本ルール

- 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。
- 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、次の図 I-3-1 のとおりです。

図 I-3-1



### ＜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：12月1日指定予定、悪い例：12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定指導第一グループ(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) 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。

(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御確認ください。

## II 指定申請書類について

### II-1 指定申請書類一覧

(福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与、特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売)

- ・ 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業、特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売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。
- ・ 福祉用具貸与と介護予防福祉用具貸与事業、特定福祉用具販売と特定介護予防福祉用具販売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。
- ・ 下記書類表の他に、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

福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与、特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売用

- (1) 指定申請書 (別紙様式第一号 (一))
- (2) 指定に係る記載事項 (福祉用具貸与用 (付表第一号 (十三))、指定に係る記載事項 (特定福祉用具販売用 (付表第一号 (十四)))
- (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
- (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 (共通・介護給付・予防給付)
- (8) 苦情を処理するための措置の概要 (標準様式 5)
- (9) 福祉用具の保管及び消毒の方法 (福祉用具貸与のみ)
- (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) 資格が必要な職種の資格証明書
- (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 (福祉用具貸与のみ)  
 居宅サービス用 (別紙 1 - 1)     介護予防サービス用 (別紙 1 - 2)  
 特別地域加算の確認  
 業務継続計画策定の有無
- (17) 証紙貼付書 (様式第 3 3)

## 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。

### 11 福祉用具貸与の点検表【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	チェック内容
1 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、福祉用具貸与の場合は「福祉用具貸与事業」又は「居宅サービス事業」等、介護予防福祉用具貸与の場合は「介護予防福祉用具貸与」又は「介護予防サービス事業」等の適切な文言があるか
2 指定に係る記載事項(付表第一号(十三))					<input type="checkbox"/> 不一致の有無(名称・所在地・代表者・管理者・電話番号・FAX番号・登記事項証明書・添付書類等で間違った住所や氏名が書かれていないかどうか) <b>□郵便番号の間違い注意</b>
3 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"/> 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。
4 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"/> 福祉用具専門相談員 2(介護福祉士、義肢装具士、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、指定講習会受講者) <input type="checkbox"/> 同一敷地内で他の業務に着手する場合は、兼務先の勤務表 <input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与と併設の場合は原則として同一勤務表で可だが、その旨を明記する。
5 平面図(標準様式3)					<input type="checkbox"/> 事務室 <input type="checkbox"/> 相談スペース <input type="checkbox"/> 手洗い・トイレ <input type="checkbox"/> 保管設備 <input type="checkbox"/> 消毒機材(消毒・消毒を委託する場合は不要) <b>(※下記の写真にて確認するため、部屋等の広さの数値、平面図に撮影した方向を記入する。)</b>
6 設備・備品等一覧表(標準様式4)					
7 運営規程					<input type="checkbox"/> 不一致の確認(名称、所在地、勤務表、営業日、営業時間) <input type="checkbox"/> 保険給付の対象とならない費用( <input type="checkbox"/> 提供地域を越えた交通費 <input type="checkbox"/> 特別な搬入費) <input type="checkbox"/> 実施地域の特定(区町名まで) <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> 守秘義務 <input type="checkbox"/> 目録(料金表)の添付
8 苦情を処理するための措置の概要 (標準様式5)					<input type="checkbox"/> 記録の保存と再利用 <input type="checkbox"/> 担当者名、電話番号、FAX
9 福祉用具の保管及び消毒の方法					<input type="checkbox"/> 消毒・保管マニュアル <input type="checkbox"/> 消毒・保管を委託する場合は委託契約書
10 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
11 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 <input type="checkbox"/> 登記されていない役員がある場合は役員会議事録等の写して全員の役員が確認できるもの
12 主要な場所の写真(参考様式3)					<input type="checkbox"/> 建物外観・玄関・エレベーターなどの状況がわかる写真 <input type="checkbox"/> 相談スペース、手洗い場、保管設備、消毒機材などが分かる写真(なるべく多めをお願いします)(※完成した事業所の写真添付)
13 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
14 資格が必要な職種の資格証					<input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員 2(介護福祉士、義肢装具士、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、指定講習会受講者)
15 介護給付費算定に係る届出書(別紙2)					<input type="checkbox"/> 郵便番号、氏名、住所等の不一致の確認
16 介護給付費算定に係る一覧表(別紙1-1、別紙1-2)					<input type="checkbox"/> 特別地域加算の確認 <input type="checkbox"/> 業務継続計画策定の有無
17 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緒に提出してください。

## 12 福祉用具販売の点検表【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"/> 登記事項証明書の目的の中に、福祉用具販売の場合は「福祉用具販売事業」又は「居宅サービス事業」等、介護予防福祉用具販売の場合は「介護予防福祉用具販売」又は「介護予防サービス事業」等の適切な文言があるか
指定に係る記載事項(付表第一号(十四))				<input type="checkbox"/> 不一致の有無(名称・所在地・代表者・管理者・電話番号・FAX番号・登記事項証明書・添付書類等で間違った住所や氏名が書かれていないかどうか) <input type="checkbox"/> <b>郵便番号の間違い注意</b>
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"/> 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。
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】				<input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員 2 (介護福祉士、義肢装具士、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、指定講習会受講者) <input type="checkbox"/> 同一敷地内で他の業務に着手する場合は、兼務先の勤務表 <input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具販売と併設の場合は原則として同一の勤務表で可だが、その旨明記する。
平面図(標準様式3)				<input type="checkbox"/> 事務室 <input type="checkbox"/> 相談スペース <input type="checkbox"/> 手洗い・トイレ <input type="checkbox"/> 保管設備(※下記写真にて確認するため、部屋等の広さの数値、平面図に撮影した方向を記入する。)
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、営業日、営業時間) <input type="checkbox"/> 実施地域の特定期間(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 <input type="checkbox"/> 目録(料金表)の添付
苦情を処理するための措置の概要 (標準様式5)				<input type="checkbox"/> 記録の保存と再利用 <input type="checkbox"/> 担当者名、電話番号、FAX
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 <input type="checkbox"/> 登記されていない役員がある場合は役員会議事録等の写しで全員の役員が確認できるもの
主要な場所の写真(参考様式3)				<input type="checkbox"/> 建物外観・玄関・エレベーターなどの状況がわかる写真 <input type="checkbox"/> 相談スペース、手洗い場(なるべく多めに)(※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
資格が必要な職種の資格証				<input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員 2 (介護福祉士、義肢装具士、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、指定講習会受講者)
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と一緒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

〇年〇月〇日

愛知県知事 殿

所在地 愛知県〇〇市〇町〇番〇号

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	1	1
申請者	フリガナ	カブシキガシヤ アイチケン																
	名称	株式会社 あいちけん																
	所在する事務所の所在地	(郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇)	愛知	都	道	〇〇	市	区	〇〇	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											
	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	昭和〇年〇月〇日										
代表者(開設者)の住所	(郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇)	愛知	都	道	〇〇	市	区	〇〇	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(該当事業に〇)	既に指定(許可)を受けている事業等(該当事業に〇)	指定(許可)申請をする事業等の開始予定年月日	様式												
	訪問介護	<input 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					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		〇		令和〇年〇月〇日	付表第一号(十三)												
	特定福祉用具販売		〇		令和〇年〇月〇日	付表第一号(十四)												
	介護老人福祉施設					付表第一号(十五)												
	介護老人保健施設					付表第一号(十六)												
	介護医療院					付表第一号(十七)												
	指定居宅サービス	介護予防訪問入浴介護				付表第一号(二)												
	指定介護予防サービス	介護予防訪問看護				付表第一号(三)												
	介護予防訪問リハビリテーション				付表第一号(四)													
	介護予防居宅療養管理指導				付表第一号(五)													
	介護予防通所リハビリテーション				付表第一号(七)													
	介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>			付表第一号(八)(九)(十)													
	介護予防短期入所療養介護				付表第一号(十一)													
	介護予防特定施設入居者生活介護				付表第一号(十二)													
	介護予防福祉用具貸与		〇		令和〇年〇月〇日	付表第一号(十三)												
	特定介護予防福祉用具販売		〇		令和〇年〇月〇日	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10月中に受理の見込み →令和7年12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 (十三、十四))

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	① 法人番号	111111111111			
	フリガナ	アイテマルマルフクシヨウグジギョウシヨ			
	名称	あいち〇〇福祉用具事業所			
	所在地	(郵便番号 000 - 0000 ) 愛知 都 道 〇〇 (市) 区 〇町〇番〇号 府 (県) 町 村			
	連絡先	電話番号	000-000-0000 (内線) 0000	FAX 番号 000-000-0000	
管理者		Email	〇〇〇〇@〇〇.〇〇.〇〇		
	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			
貸与種目					
利用者の推定数		人			
〇人員に関する基準の確認に必要な事項					
③	従業者の職種・員数	専門相談員			
		専従	兼務		
		常勤(人)	2	0	
		非常勤(人)	0	0	
常勤換算後の人数(人)		2			
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	1111111111111			
	フリガナ	アイチマルマルフクシヨウグジギョウシヨ			
	名称	あいち〇〇福祉用具事業所			
	所在地	(郵便番号 000 - 0000 ) 愛知 都 道 〇〇 (市) 区 〇町〇番〇号 府 (県) 町 村			
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			
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					
③	従業者の職種・員数		専門相談員		
			専 従	兼 務	
	常 勤(人)	2	0		
	非常勤(人)	0	0		
常勤換算後の人数(人)		2			
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。

## ① 事業所名称

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

例：「レンタルあいち」とするのか「レンタル 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 当該指定福祉用具貸与事業所の福祉用具専門相談員として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。

例：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 併設される入所施設において入所者に対しサービス提供を行う看護・介護職員と兼務する場合

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

- ・福祉用具専門相談員との兼務は可能ですが、勤務日においては、管理業務を1日の労働時間の半分以上することとしています。

例：管理者が月曜日から金曜日まで勤務するとして、

○ 月曜日から金曜日の各日も管理者として4時間、福祉用具専門相談員として4時間勤務する場合

× 月曜日から木曜日まで管理者として勤務し、金曜日は福祉用具専門相談員として勤務する場合

- ・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  
⇒福祉用具貸与・販売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  
⇒同一法人で同一敷地内にある他の事業所の職務と兼務する場合に記入する

### ③ 福祉用具専門相談員の数

- ・福祉用具専門相談員の配置基準は、次のとおり。  
常勤換算方法で2.0以上（管理者が福祉用具専門相談員と兼務する場合、管理者として勤務する時間は、常勤換算を計算する際の時間に含みません。）
- ・福祉用具専門相談員は、次のいずれかの資格等が必要です。

ア 保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、義肢装具士
イ 福祉用具専門相談員指定講習修了者

- ・福祉用具専門相談員の数、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。
- ・管理者と兼務する福祉用具専門相談員は、常勤・兼務として記入します。常勤換算にあたっては、福祉用具専門相談員としては0.5人（管理者の常勤換算が0.5の場合）とします。
- ・後述の「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表（標準様式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

- ・登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。
- ・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。
- ・介護保険の福祉用具貸与（販売）事業を法人の事業として明確に位置づけていることを確認するため、原則として、目的として、「介護保険法に基づく福祉用具貸与事業、介護予防福祉用具貸与事業」、「介護保険法に基づく福祉用具販売事業、介護予防福祉用具販売事業」「介護保険法上の居宅サービス事業、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。

## (4) 従業員の勤務体制及び勤務形態（標準様式1）

（標準様式1） 従業員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（ 福祉用具貸与 ）  
事業所名（ あいち福祉用具事業所 ）

(3)事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数 40 時間/週  
160 時間/月  
30 日

No	(4) 職種	(5) 勤務形態	(6) 資格	(7) 氏名	(8)																																			(9) 1週間の勤務時間数合計	(10) 週平均勤務時間数	(11) 業務状況 (兼務先/勤務する職務の内容)等
					1週目					2週目					3週目					4週目					5週目																	
					1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	13月	14月	15月	16月	17月	18月	19月	20月	21月	22月	23月	24月	25月	26月	27月	28月	29月	30月								
1	管理者	A	—	田中 花子	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	160	40				
2	福祉用具専門相談員	A	福祉用具専門相談員指定講習修了者	〇〇 〇〇	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	160	40					
3	福祉用具専門相談員	A	保健師	〇〇 〇〇	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	160	40					
4																																				0	0					
5																																					0	0				
6																																					0	0				
7																																					0	0				
8																																					0	0				
9																																					0	0				
10																																					0	0				
11																																					0	0				
12																																					0	0				
13																																					0	0				
14																																					0	0				
15																																					0	0				
16																																					0	0				
17																																					0	0				
18																																					0	0				

(12) 【任意入力】 人員基準の確認（福祉用具専門相談員）

勤務形態	勤務時間数合計		常勤換算の対象時間数		常勤換算方法対象外の常勤の従業員の数	
	当月合計	週平均	当月合計	週平均	当月合計	週平均
A	320	80	0	0	2	
B	0	0	0	0	0	
C	0	0	0	0	-	
D	0	0	0	0	-	
合計	320	80	0	0	2	

■ 常勤換算方法による人数 基準：週 常勤換算の対象時間数（週平均） 週に勤務すべき時間数 常勤換算後の人数  
0 ÷ 40 = 0.0 (小数点第2位以下切り捨て)

■ 福祉用具専門相談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員の数 常勤換算方法による人数 合計  
2 + 0.0 = 2.0人

### 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月中の申請の場合 → 令和7年5月とします。

### ② サービス種類

- 申請するサービス種類を記入します。介護予防福祉用具貸与を実施するときは、「福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与」と併せて記入してください。
- 福祉用具貸与と福祉用具販売を併せて実施するときは1枚に記入しても可能です。その場合、「福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与・特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売」と記入してください。

### ③ 常勤職員の勤務時間

- 就業規則で常勤職員が1週間で勤務すべきとされている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」「福祉用具専門相談員」の順に記入してください。
- ・ 管理者が福祉用具専門相談員を兼務する場合は、福祉用具専門相談員のところにも記入してください。
- ・ 介護福祉士や看護師の資格を持っている方が福祉用具専門相談員をされる場合は、資格名ではなく、「福祉用具専門相談員」と記入してください。

#### 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とする。
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。正規職員であっても同一法人の同一敷地内にない他の事業所を兼務している場合などは、非常勤となる。
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。
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。改姓されている場合は、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、「週平均の勤務時間」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（P4参照）

- ・ 福祉用具貸与・特定福祉用具販売事業所は、福祉用具専門相談員が、常勤換算で2.0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

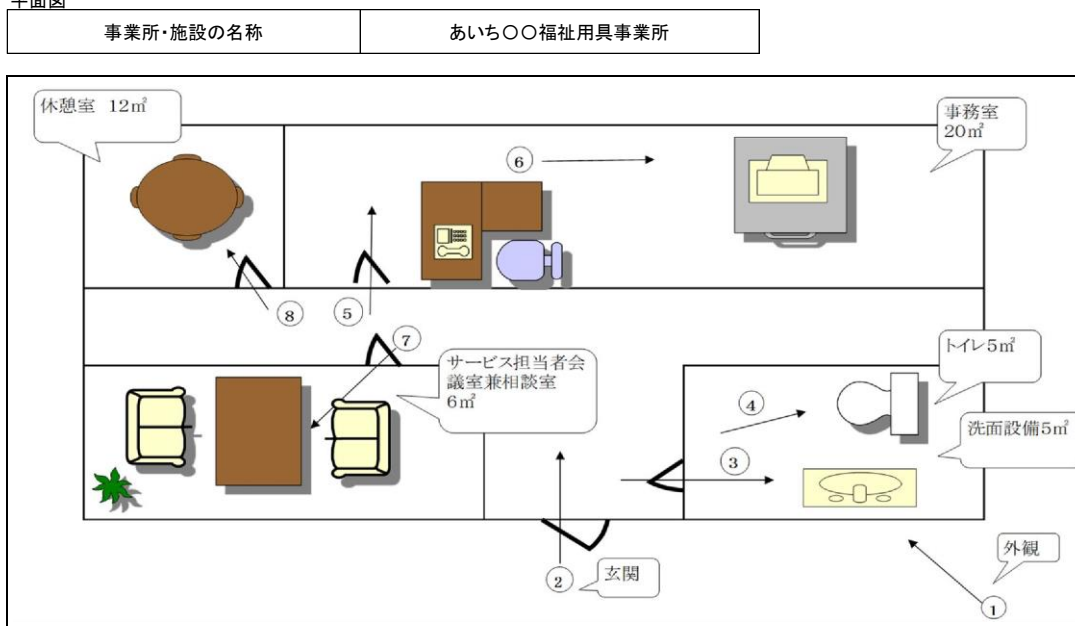
- ・ 同一事業所の他の職種に従事するか、同一敷地内で同一法人が行う事業に従事している場合、兼務先と兼務する職種及び従事時間（例：1日4時間、週20時間）を記入します。



(5) 平面図 (標準様式3)

- ・ 事業の運営を行うために必要な広さを有する特定の区画 (受付、相談コーナー、消毒・保管設備 (消毒・保管設備について、委託の場合は除く)) が必要です。
- ・ 他の事業所と同じ事務室を共用しても構いませんが、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し、図面上色分けすること。トイレ、相談室などを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。
- ・ 次の「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。

(標準様式3)  
平面図



- 備考 1 必ずしも本様式によらず、各室の用途及び面積の分かるものであれば、既存の平面図等をもって提出書類として差し支えありません。
- 2 各室の用途及び面積を記載してください。
- 3 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

(6) 設備・備品等の概要 (参考様式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。

(7) 運営規程（居宅サービス、介護予防サービス共通）

- ・ 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	専門相談員の職務内容に、福祉用具貸与計画、福祉用具販売計画の作成等を記載
3	営業日及び営業時間	
4	指定福祉用具貸与・特定福祉用具販売の提供方法、取り扱う種目及び利用料・販売費用の額その他の費用の額	福祉用具の選定の援助、納品及び使用方法の指導の方法を記載
5	通常の事業の実施地域	客観的にその区域が特定されること。
6	虐待の防止のための措置に関する事項	
7	その他運営に関する重要事項	標準作業書に記載された福祉用具の消毒方法について規定すること（（介護予防）福祉用具貸与の場合）

- ・ 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  
<https://www.pref.aichi.jp/korei/kaigohoken/application/form/17-67.doc>（介護予防）福祉用具貸与）  
<https://www.pref.aichi.jp/korei/kaigohoken/application/form/41-44.docx>（（介護予防）特定福祉用具販売）

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。

(8) 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）](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。

(9) 福祉用具の保管及び消毒の方法（福祉用具貸与のみ）

- ・ 当該事業者が福祉用具の保管及び消毒を行う場合、消毒の具体的方法及び消毒器材の保守点検の方法について、実態を記載してください。（標準作業書を添付）
- ・ 保管・消毒について全部又は一部を他の事業者へ委託する場合は、委託先との委託契約書、標準作業書を添付するとともに、消毒及び保管設備の平面図、保管庫等の写真も提出してください。

なお、委託先が2か所以上となる場合、委託先ごとに添付してください。

※ 委託契約は次に掲げる事項を文書により取り決めなければなりません。

- 1 当該委託等の範囲
- 2 当該委託等に係る業務の実施に当たり遵守すべき条件
- 3 受託者等の従業者により当該委託等がなされた業務が運営基準に従って適切に行われていることを指定事業者が定期的に確認する旨
- 4 指定事業者が、当該委託等業務に関し受託者等に対し指示を行い得る旨
- 5 指定事業者が、当該委託等業務に関し改善の必要を認め、所要の措置を講じるよう前号の指示を行った場合において、当該措置が講じられたことを指定事業者が確認する旨
- 6 受託者等が実施した当該委託等業務により、利用者に賠償すべき事故が発生した場合における責任の所在
- 7 その他当該委託等業務の適切な実施を確保するために必要な事項

(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月の介護保険法改正で、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。
- ・
- ・ 介護予防福祉用具貸与、特定介護予防福祉用具販売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 (〇) and Category (別紙①-⑤). Categories include: 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.

(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

Table with 2 columns: Item number (一 to 十二) and Description of conditions for exemption from the 5-year business termination period under Article 70, Paragraph 2 of the Care Insurance Act.

(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き滞納処分を受け、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)、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があつた日前六十日以内に当該事業所の管理者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。)であるとき。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処分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。)であるとき。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処分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処分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。
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入してください。
- ・ 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」等と記入してください。

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、最新の状況を撮影したものであること。
- ・ 写真は、カラー写真としてください。
- ・ 写真は、①建物全景、②建物玄関（入口）、③事務室（四方から撮影）、④相談コーナー、⑤洗面所、⑥トイレ、⑦保管設備、消毒器材（※保管・消毒を委託する場合は不要）、⑧備品（個人情報管理できるキャビネット、パソコン、ファックス、電話など）について、貼付してください。
- ・ 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。

<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>
Empty space for photos	<p>撮影日 令和 年 月 日</p>
	<p>写真説明</p>
	<p>① 建物外観</p>
	Empty row
	Empty row
	Empty row
	Empty row
	Empty row
	Empty row
	Empty row
	Empty row
	Empty row
	Empty row
Empty space for photos	<p>撮影日 令和 年 月 日</p>
	<p>写真説明</p>
	<p>② 建物玄関</p>
	Empty row
	Empty row
	Empty row
	Empty row
	Empty row
	Empty row
	Empty row
	Empty row
	Empty row
	Empty row
Empty space for photos	<p>撮影日 令和 年 月 日</p>
	<p>写真説明</p>
	<p>③ 事務所</p>
	<p>感染症予防のための</p>
	<p>手洗い設備</p>
	<p>トイレ</p>
	<p>相談コーナー</p>
	<p>保管設備、消毒機材</p>
	Empty row
	Empty row
	Empty row
	Empty row
	Empty row



**(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) 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り、資格証の書き換えの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ます。

(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					
	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			
事業所・施設の状況	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					
	事業所・施設の名称	アイチマルマルフクシヨウグジギョウシヨ あいち○福社用具事業所					
	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					
届出を行う事業所・施設の種類の	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	管理者の住所	(郵便番号 000 - 0000 ) 愛知 県 ○○ 群市 ○町○番○号					
	指定居宅サービス	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 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 checked="" type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和○年○月○日	
		介護予防訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
		介護予防訪問看護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
		介護予防訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
		介護予防居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
介護予防通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
介護予防短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
介護予防短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
介護予防特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
介護予防福祉用具貸与	○		<input checked="" type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和○年○月○日			
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10月中に受理の見込み → 令和7年12月1日

(16) 介護給付費算定に係る一覧表(別紙1、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)

事業所番号

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等					LIFEへの登録	割引
各サービス共通			地域区分	<input type="checkbox"/> 1 1級地	<input type="checkbox"/> 6 2級地	<input type="checkbox"/> 7 3級地	<input type="checkbox"/> 2 4級地	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
				<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		
			業務継続計画策定の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型		<input type="checkbox"/> 2 基準型			
			特別地域加算	<input type="checkbox"/> 1 なし		<input type="checkbox"/> 2 あり			
<input type="checkbox"/> 17 福祉用具貸与			中山間地域等における小規模事業所加算(地域に関する状況)	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当				
			中山間地域等における小規模事業所加算(規模に関する状況)	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当				

(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)

事業所番号

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等					LIFEへの登録	割引
各サービス共通			地域区分	<input type="checkbox"/> 1 1級地	<input type="checkbox"/> 6 2級地	<input type="checkbox"/> 7 3級地	<input type="checkbox"/> 2 4級地	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
				<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		
			業務継続計画策定の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型		<input type="checkbox"/> 2 基準型			
			特別地域加算	<input type="checkbox"/> 1 なし		<input type="checkbox"/> 2 あり			
<input type="checkbox"/> 57 介護予防福祉用具貸与			中山間地域等における小規模事業所加算(地域に関する状況)	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当				
			中山間地域等における小規模事業所加算(規模に関する状況)	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当				

※ 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%)

※業務継続計画策定の有無の確認

### (17) 証紙貼付書

- ・ 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、福祉用具貸与と介護予防福祉用具貸与、特定福祉用具販売と特定介護予防福祉用具販売を一体的に運営するために、同時に申請する場合は、介護予防福祉用具貸与、特定介護予防福祉用具販売に係る手数料はそれぞれ免除されます。