

各都道府県介護保険担当課 御中

介護保険最新情報

今回の内容

- 基準該当居宅サービス及び基準該当居宅介護支援事業者の登録に関する規則又は基準該当訪問介護事業者等との代理受領に係る個別契約について（参考例の様式の追加）
- 介護保険制度の施行状況に関する市町村等との意見交換会（第2回定点市町村会議）の状況
- （参考送付）
「全国介護保険広域化推進会議 in ないえ」について

（合計 本紙含め15枚）

vol. 75

平成12年5月25日

厚生省介護保険制度実施推進本部

* 管下市町村に速やかにFAX送信いただきますようよろしく
お願いいたします。

事 務 連 絡
平成12年5月25日

各都道府県介護保険担当課（室）御中

厚生省老人保健福祉局
介護保険課

基準該当居宅サービス及び基準該当居宅介護支援事業者の登録に
関する規則又は基準該当訪問介護事業者等との代理受領に係る個
別契約について（参考例の様式の追加）

標記について、平成12年4月27日介護保険最新情報vol.70で改正をし
た参考例をお示ししたところですが、基準該当短期入所生活介護事業所の登録
に係る「付表4」及びそれに伴う様式の修正例を追加させていただきますので、
管下市町村へのご周知をお願いします。

様式第1号(第4条・第5条・第6条・第7条・第8条・第9条関係)

受付番号

基準該当居宅サービス事業所
登録申請書
基準該当居宅介護支援事業所

平成 年 月 日

〇〇市長 殿

所在地
申請者
名称

印

基準該当居宅サービス事業所(基準該当居宅介護支援事業所)として登録を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申 請 者	フリガナ 名 称					
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 ー) 県 都市 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人である場合その種別	法人所轄庁				
代 表 者	代表者の職・氏名	職名		フリガナ 氏名		
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 都市				
登 業 所 を 受 け よ う と す る 事	事業所等の 所在地	(郵便番号 ー) 県 都市				
	同一所在地において 行う事業等の種類	実施 事業	登録申請をする事業等 の事業開始予定年月日	既に基準該当サービス事業 の登録を受けている事業等の 事業開始年月日	様 式	
	訪問介護				付表1	
	訪問入浴介護				付表2	
	通所介護				付表3	
	短期入所生活介護				付表4	
	福祉用具貸与				付表5	
	居宅介護支援				付表6	
基準該当事業所番号	(既に登録を受けている場合)					
登録を受けている区市町村						
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)					
既に指定等を受けている事業						
医療機関コード等						

備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。

2 「法人である場合その種別」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、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、今回申請をするもの及び既に登録を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

- 5 「登録申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記載してください。
- 6 「既に基準該当サービス事業所として登録を受けている事業等の事業開始年月日」欄は、当該市町村において基準該当サービス事業所として登録を受けた年月日を記載してください。
- 7 「基準該当事業所番号」欄については、申請を行う市町村又は他の市町村において既に事業所としての登録を受け、番号が付番されている場合には、そのコードを記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。
- 8 「登録を受けている区市町村」欄については、既に基準該当事業所として登録を受けたことがある市町村についてその名称を記載してください。
- 9 指定事業所として既に介護保険事業所番号が付番されている場合には、そのコードを「介護保険事業所番号」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。
- 10 保健医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。
- 11 「既に指定等を受けている事業」欄については、指定事業所として指定を受け(みなしによる指定を含む。)、実施している事業の種類について記載してください。

付表4-1 基本該当短期入所生活介護事業所の登録に係る記載事項(単独型)

受付番号: _____

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 _____) 県 _____ 市 _____									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文							第 _____ 条第 _____ 項第 _____ 号				
管理者	フリガナ				(郵便番号 _____) 住所 _____						
	氏名										
利用者	当該事業所で業務する他の職歴(業務の場合記入)										
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従事者との業務(業務の場合記入)	名称	業務する職種及び勤務時間等								
利用者の推計数		人									
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)										
	合計換算後の人数(人)										
	基準上の必要人数(人)										
	適合の可否										
			栄養士		機能訓練指導員		栄養士を配置していない場合の措置				
			専従		兼務		専従		兼務		
	常勤(人)										
非常勤(人)											
基準上の必要人数(人)											
適合の可否											
設備基準上の数値記載項目等							基準上の必要数値		適合の可否		
居	1室あたりの最大定員			人	_____		_____		_____		
空	利用者1人あたり最小床面積			m	_____		_____		_____		
食	食堂と調理室の合計面積			m	_____		_____		_____		
廊	片廊下の幅			m	_____		_____		_____		
下	中廊下の幅			m	_____		_____		_____		
耐火建築物、準耐火建築物の別											
主な施設事項	利用定員		人								
	利用料										
	その他の費用										
	通常の給湯の供給設備										
機関力	名称				主な診療科名						
	名称				主な診療科名						
	名称				主な診療科名						
	名称				主な診療科名						
添付書類		別添のとおり。									

備考) 「受付番号」「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 2 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棟に記載した書類を添付してください。
 3 「主な施設事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 4 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金を提出してください。

付表4-2 基準該当短期入所生活介護事業所の登録に係る記載事項(空床利用型・併設事業所型)

受付番号

施設	フリガナ 名称								
	所在地 (郵便番号 ー) 県 市								
	連絡先 電話番号				FAX番号				
当該事業の実施について定めてある定款・附則行あ等の条文				第 条第 項第 号					
管理者	フリガナ 氏名	住所		(郵便番号 ー)					
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の利用者との業務 (連携の場合記入)	名称	兼務する職種 及び勤務時間等						
	空床型・併設型の別	空床型・併設型	本体施設の種別・名称						
入所者数	人(推定数を記入)		短期入所利用者数		人(推定数を記入)				
従業者の職種・員数	介護者の職種・員数		医師		生活相談員		看護職員		実働士を記載しない 場合の措置
			専従	兼業務	専従	兼業務	専従	兼業務	
	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)								
	基準上の必要人数(人)								
	適合の可否								
			介護職員		実働士		機能訓練指導員		
			専従	兼業務	専従	兼業務	専従	兼業務	
	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)								
基準上の必要人数(人)									
適合の可否									
設備基準上の設備記載項目等			基準上の必要数値			適合の可否			
階	1室あたりの最大定員	人		基準値以上		適合			
室	利用者1人あたり最小床面積	㎡		基準値以上		適合			
室	室数と機能訓練室の合計面積	㎡		基準値以上		適合			
廊	片廊下の幅	m		基準値以上		適合			
廊	中廊下の幅	m		基準値以上		適合			
主な 施設 事項	入所・入院定員	人				短期入所利用者定員数			
	利用料								
	その他の費用								
項	通常の定員の実施地域								
備 力 医 薬	名称			主な診療科名					
	名称			主な診療科名					
	名称			主な診療科名					
	名称			主な診療科名					
添付書類	別添のとおり								

- 備考1 「受付番号」「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、通官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。
- 3 「主な施設事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 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施設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使用してください。また、「空床型・併設型の別」欄の空床型・併設型のいずれか一方又は両方に○を付してください。
- 5 特別養護老人ホームと同時に申請をする場合は、本様式への記載は要しません。
- 6 「兼業務」欄は、本体施設以外での業務を行う職員について記載してください。
- 7 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

様式第2号 (第10条関係)

第 年 月 日 号

登録事項変更届出書

〇〇市長 殿

住 所
事業者(所在地)
氏 名
(名称及び代表者氏名)

印

次のとおり登録を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		基準該当事業所番号							
登録内容を変更した事業所		名称							
		所在地							
サービスの種類									
変更があった事項		変更の内容							
1	事業所の名称	(変更前)							
2	事業所の所在地								
3	主たる事務所の所在地								
4	代表者の氏名及び住所								
5	事業所の建物の構造等								
6	備品(訪問入浴介護事業に限る。)								
7	事業所の管理者の氏名及び住所								
8	サービス提供責任者の氏名及び住所	(変更後)							
9	運営規程								
10	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関								
11	事業実施形態(本体施設が特別養護老人ホームの場合の単独型・空床利用型・併設型)								
12	入院患者又は入所者の定員								
13	福祉用具の保管・消毒方法(委託している場合にあっては、委託先の状況)								
変更年月日		平成 年 月 日							

備考1 該当項目番号に○を付してください。
2 変更内容が分かる書類を添付してください。

(参考)

登録申請に係る添付書類一覧(チェック用)

番 号	添 付 す べ き 書 類	訪問 介護 ①	訪問 入浴 ②	通所 介護 ③	短期 入所 ④	福祉 用具 ⑤	居宅 支援 ⑥	参考様式の 有無
1	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	○	○	○	○	○	○	参考様式1
2	管理者の経歴	○	○	○	○	○	○	参考様式2
3	サービス提供責任者の経歴	○						参考様式2
4	平面図	○	○	○	○	○	○	参考様式3
5	居室面積等一覧表				○			参考様式4
6	設備・備品等一覧表		○	○	○	○		参考様式5
7	運営規程	○	○	○	○	○	○	
8	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	○	○	○	○	○	○	参考様式6
9	サービス提供実施単位一覧表			○				参考様式7
10	当該申請に係る資産の状況	○	○	○	○	○	○	
11	協力医療機関との契約の内容		○		○			
12	関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容						○	
13	特別養護老人ホームの認可証等の写				○			
14	福祉用具の保管及び消毒の方法(他に委託する場合はその状況)					○		

(別表)

登録事項の変更に係る添付書類一覧

番 号	サービスの種類	訪問 介護 ①	訪問 入浴 ②	通所 介護 ③	短期 入所 ④	福祉 用具 ⑤	居宅 支援 ⑥
1	変更の届出が必要な事項	○	○	○	○	○	○
2	事業所の名称	○	○	○	○	○	○
3	事業所の所在地	○	○	○	○	○	○
4	主たる事務所の所在地	○	○	○	○	○	○
5	代表者の氏名及び住所	○	○	○	○	○	○
6	事業所の建物の構造等	○	○	○	○	○	○
7	備品	○	○	○	○	○	○
8	事業所の管理者の氏名及び住所	○	○	○	○	○	○
9	サービス提供責任者の氏名及び住所	○	○	○	○	○	○
10	運営規程	○	○	○	○	○	○
11	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関	○	○	○	○	○	○
12	事業実施形態(本体施設が特別養護老人ホームの場合の単独型・空床利用型・併設型)	○	○	○	○	○	○
13	入院患者又は入所者の定員	○	○	○	○	○	○
14	福祉用具の保管・消毒方法(委託している場合にあつては、委託等の契約の内容)	○	○	○	○	○	○

備考 変更の状況が判る書類を添付してください。