



栃木県公報

令和2(2020)年
7月31日(金)
号 外
第50号

目 次

規 則

○指定居宅サービス事業所、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業所の指定等に関する規則の一部改正	1
---	---

規 則

栃木県規則第五十四号

指定居宅サービス事業所、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業所の指定等に関する規則の一部を改正する規則を次のように定める。

令和二年七月三十一日

栃木県知事 福田 富一

指定居宅サービス事業所、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業所の指定等に関する規則の一部を改正する規則

指定居宅サービス事業所、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業所の指定等に関する規則(平成十一年栃木県規則第三十四号)の一部を次のように改正する。

別記様式第一号から別記様式第三号までを次のように改める。

様式第1号(第2条関係)

指定居宅サービス事業所
介護保険施設指定(許可)申請書
指定介護予防サービス事業所

年 月 日

栃木県知事 様

住所
申請者 (法人の場合は、主たる事務所の所在地)
氏名 印
(法人の場合は、名称及び代表者の職氏名)

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。

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 郡市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
		Email				
申請者	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ氏名	生年月日	
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市				
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	指定(許可)申請対象事業等(該当に○を記入)	既に指定(許可)を受けている事業等(該当に○を記入)	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				付表1	
	訪問入浴介護				付表2	
	訪問看護				付表3	
	訪問リハビリテーション				付表4	
	居宅療養管理指導				付表5	
	通所介護				付表6	
	通所リハビリテーション				付表7	
	短期入所生活介護				付表8	
	短期入所療養介護				付表9	
	特定施設入居者生活介護				付表10	
	福祉用具貸与				付表11	
	特定福祉用具販売				付表12	
	介護老人福祉施設				付表13	
	介護老人保健施設				付表14	
	介護医療院				付表15	
	介護予防訪問入浴介護				付表2	
	介護予防訪問看護				付表3	
	介護予防訪問リハビリテーション				付表4	
	介護予防居宅療養管理指導				付表5	
介護予防通所リハビリテーション				付表7		
介護予防短期入所生活介護				付表8		
介護予防短期入所療養介護				付表9		
介護予防特定施設入居者生活介護				付表10		
介護予防福祉用具貸与				付表11		
特定介護予防福祉用具販売				付表12		
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	(保険医療機関等として指定を受けている場合)					

備考

- 1 「指定(許可)申請対象事業等」「既に指定(許可)を受けている事業等」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 2 保険医療機関、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、その全てを記載してください。
- 3 既に居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業者が、他方の居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときは、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始予定年月日」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。

付表1 訪問介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名称	-----			
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
Email		-----			
管理者	フリガナ 氏名	住所	(郵便番号 -)		
	生年月日				
	訪問介護員等との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	同一敷地内の他の事業所又は 施設の従業者との兼務(兼務 の場合記入)	名称	兼務する職種及び 勤務時間等	-----	
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種・員数		訪問介護員等			
		専従	兼務		
		常勤(人)			
		非常勤(人)			
		常勤換算後の人数(人)			
サービス提供責任者	フリガナ 氏名	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名	住所	(郵便番号 -)		
利用者の推定数(人)					
添付書類		別添のとおり			

(訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ 名称	-----			
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
Email		-----			

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 2 管理者の兼務については、添付資料により確認できる場合は記載を省略することができます。
- 3 当該事業を事業所所在地以外の場所(出張所等)で一部実施する場合は、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所等に勤務する職員も含めて記載してください。

付表2 訪問入浴・介護予防訪問入浴介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
Email					
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)
	氏名				
	生年月日				
	当該訪問入浴介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		名称		
		兼務する職種及び勤務時間等			
協力医療機関	名称		主な診療科名		
	名称		主な診療科名		
	名称		主な診療科名		
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種・員数		看護職員		介護職員	
常勤(人)					
非常勤(人)					
利用者の推定数(人)					
添付書類		別添のとおり			

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 2 管理者の兼務については、添付資料により確認できる場合は記載を省略することができます。

付表3 訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名称	-----																
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市																
	連絡先	電話番号			FAX番号													
Email																		
事業所種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション																	
管理者	フリガナ 氏名	-----		住所	(郵便番号 -)													
	生年月日																	
	※当該訪問看護事業所内で兼務する他の職種(兼務の場合記入)																	
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称			兼務する職種及び勤務時間等	-----												
○人員に関する基準の確認に必要な事項																		
従業者の職種・員数		看護師		保健師		准看護師		理学・作業療法士・言語聴覚士										
		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)																		
利用者の推定数(人)																		
添付書類		別添のとおり																

(訪問看護・介護予防訪問看護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ 名称	-----					
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
Email							

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 2 ※欄は、訪問看護ステーションの場合のみ記入してください。
- 3 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院又は診療所が行うものについては、法第71条第1項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
- 4 管理者の兼務については、添付資料により確認できる場合は記載を省略することができます。
- 5 当該事業を事業所所在地以外の場所(出張所等)で一部実施する場合は、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所等に勤務する職員も含めて記載してください。

付表4 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市			
連絡先	電話番号		FAX番号		
	Email				
事業所種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)
	氏名				
	生年月日				
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種・員数		理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	医師
常勤(人)					
非常勤(人)					
利用者の推定数(人)					
添付書類		別添のとおり			

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 2 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院又は診療所が行うものについては、法第71条第1項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。

付表5 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名称					
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	Email					
事業所種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 薬局					
居宅療養管理指導の種類	<input type="checkbox"/> 医師又は歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士					
管理者	フリガナ					
	氏名			住所	(郵便番号 -)	
	生年月日					
○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	歯科医師	薬剤師	歯科衛生士	管理栄養士	
常勤(人)						
非常勤(人)						
利用者の推定数(人)						
添付書類	別添のとおり					

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 2 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院又は診療所若しくは保険薬局が行うものについては、法第71条第1項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
- 3 「歯科衛生士」には、保健師、看護師、准看護師を含みます。

付表6 通所介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名称	-----			
	所在地	(郵便番号 -) 県 都市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	Email	-----			
管理者	フリガナ	-----		住所	(郵便番号 -)
	氏名				
	生年月日				
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称	-----		
	兼務する職種及び勤務時間等	-----			
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種・員数		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員
常勤(人)					
非常勤(人)					
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡			
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)				
利用定員	人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人)				
添付書類	別添のとおり				

(通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ 名称	-----			
	所在地	(郵便番号 -) 県 都市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	Email	-----			
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡			
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)				
利用定員	人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人)				
添付書類	平面図				

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 管理者の兼務については、添付資料により確認できる場合は記載を省略することができます。
- 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
- 4 当該事業を事業所所在地以外の場所(出張所等)で一部実施する場合は、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所等に勤務する職員も含めて記載してください。

付表7 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名称					
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	Email					
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏名					
	生年月日					
事業所の種別(該当に○を記入)		病院				
		基準第137条第1項診療所				
		同条第2項診療所				
		介護老人保健施設				
		介護医療院				
○人員に関する基準の確認に必要な事項						
従業者の職種・員数		理学療法士	作業療法士	看護職員	介護職員	医師
常勤(人)						
非常勤(人)						
○設備に関する基準の確認に必要な事項						
専用の部屋等の面積	m ²					
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)					
利用定員	人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 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別様に記載した書類を添付してください。
- 2 従業者の員数については、総数を記載してください。
- 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ので、本申請の必要はありません。

付表8-1 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に係る記載事項(単独型)

事業所	フリガナ 名称								
	所在地	(郵便番号 -) 県 都市							
	連絡先	電話番号			FAX番号				
管理者	フリガナ 氏名				住所	(郵便番号 -)			
	生年月日								
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)								
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称							
		兼務する職種及び勤務時間等							
協力医療機関	名称				主な診療科名				
	名称				主な診療科名				
	名称				主な診療科名				
	名称				主な診療科名				
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
従業者の職種・員数		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		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)									
○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				
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別様に記載した書類を添付してください。
- 2 管理者の兼務については、添付資料により確認できる場合は記載を省略することができます。

付表8-3 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以外の場合の併設事業所型)

事業所	フリガナ 名称									
	所在地	(郵便番号 -) 県 都市								
	連絡先	電話番号					FAX番号			
管理者	フリガナ 氏名					住所	(郵便番号 -)			
	生年月日									
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称								
		兼務する職種及び勤務時間等								
本体施設の種別						短期入所利用者数	人(推定数を記入)			
協力医療機関	名称					主な診療科名				
	名称					主な診療科名				
	名称					主な診療科名				
	名称					主な診療科名				
○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	
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		栄養士を配置していない場合の措置				
		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)									
○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					㎡				
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				
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

- 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。
- 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。
- 管理者の兼務については、添付資料により確認できる場合は記載を省略することができます。

付表9 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に係る記載事項

事業所	フリガナ 名称										
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
事業所種別 (該当に○を記入)	①介護老人保健施設										
	②指定介護療養型医療施設										
	③療養病床を有する病院・診療所										
	④老人性認知症疾患療養病棟を有する病院										
	⑤②又は③に該当しない診療所										
	⑥介護医療院										
申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員											人
指定申請を行う老人性認知症疾患療養病棟の入院患者の推定数 (上記④に該当の場合記入)											人
管理者	フリガナ 氏名					住所	(郵便番号 -)				
	生年月日										
○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 (上記④⑤に該当の場合記入)		担当 医師	看護職員		介護職員		作業療法士		精神保健福祉士		
			専	従	専	従	専	従	専	従	
常勤 (人)											
非常勤 (人)											
常勤換算後の人数 (人)											
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
指定申請を行う病棟 (病室) 部分の設備基準上の数値記載項目 (上記④⑤に該当の場合記入)											
④	病室	1病室の病床数									床
		入院患者1人あたり床面積									m ²
	老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床面積										m ²
	廊下	片廊下の幅									m
		中廊下の幅									m
	生活機能回復訓練室面積										m ²
デイルームと面会室の合計面積										m ²	
⑤	入院患者1人あたり床面積										m ²
	廊下	片廊下の幅									m
		中廊下の幅									m
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ので、本申請の必要はありません。

付表10 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名称											
	所在地	(郵便番号 ー) 県 都市										
	連絡先	電話番号				FAX番号						
施設区分 (該当に○を記入)	有料老人ホーム				施設開設年月日	年 月 日						
	軽費老人ホーム											
	サービス付き高齢者向け住宅											
	養護老人ホーム											
入居者の要件 (該当に○を記入)	介護専用型											
	介護専用型以外											
サービスの提供形態 (該当に○を記入)	一般型											
	外部サービス利用型											
管理者	フリガナ 氏名				住所	(郵便番号 ー)						
	生年月日											
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合記入)											
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	名称				兼務する職種及び勤務時間等						
協力医療機関	名称				主な診療科名							
	名称				主な診療科名							
	名称				主な診療科名							
○人員に関する基準の確認に必要な事項												
従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		計画作成担当者		
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	
		常勤 (人)										
		非常勤 (人)										
常勤換算後の人数 (人)												
○設備に関する基準の確認に必要な事項												
建物の構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他											
入居定員	人											
利用者数	人 (前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)											
	要介護者	人					要支援者	人				
添付書類	別添のとおり											

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 2 管理者の兼務については、添付資料により確認できる場合は記載を省略することができます。

付表11 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名称				
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
		Email			
管理者	フリガナ 氏名			住所	(郵便番号 -)
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				
	同一敷地内の他の事業所又は 施設の従業者との兼務 (兼務 の場合記入)	名称			
		兼務する職種及び 勤務時間等			
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種・員数		専門相談員			
		専 従		兼 務	
		常勤 (人)			
		非常勤 (人)			
常勤換算後の人数 (人)					
利用者の推定数 (人)					
添付書類		別添のとおり			

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 2 管理者の兼務については、添付資料により確認できる場合は記載を省略することができます。

付表12 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に係る記載事項

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
		Email				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏名					
	生年月日					
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)					
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称			兼務する職種及び勤務時間等	
○人員に関する基準の確認に必要な事項						
従業者の職種・員数		専門相談員				
		専 従		兼 務		
		常勤(人)				
		非常勤(人)				
常勤換算後の人数(人)						
利用者の推定数(人)						
添付書類		別添のとおり				

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 2 管理者の兼務については、添付資料により確認できる場合は記載を省略することができます。

付表14 介護老人保健施設の許可に係る記載事項

施設	フリガナ 名称										
	所在地	(郵便番号 -) 県 都市									
	連絡先	電話番号				FAX番号					
管理者	フリガナ 氏名				住所	(郵便番号 -)					
	生年月日										
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称				兼務する職種					
短期入所療養介護の実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		通所リハビリテーションの実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
施設を共用する事業所等の名称(共用する場合記入)					カナ 名称						
協力医療機関	名称				主な診療科名						
	名称				主な診療科名						
	名称				主な診療科名						
	名称				主な診療科名						
入所者の予定数		人			一日あたりの通所総利用者予定数		人				
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業者の職種・員数				医師		薬剤師		看護職員		介護職員	
				専従		専従		専従		専従	
				兼務		兼務		兼務		兼務	
介護老人保健施設及び通所リハビリテーション従事人数		常勤(人)									
		非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)											
				理学・作業療法士		栄養士		支援相談員		介護支援専門員	
				専従		専従		専従		専従	
				兼務		兼務		兼務		兼務	
介護老人保健施設及び通所リハビリテーション従事人数		常勤(人)									
		非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)											
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
療養室	1室の最大定員						人				
	入所者1人あたり最小床面積						㎡				
廊下	片廊下の幅						m				
	中廊下の幅						m				
機能訓練室面積						㎡					
食堂面積						㎡					
入所定員						人					
○通所リハビリテーションの人員及び設備に関する基準の確認に必要な事項(該当する場合のみ)											
				理学療法士		作業療法士		看護職員		介護職員	
				専従		専従		専従		専従	
				兼務		兼務		兼務		兼務	
常勤(人)											
非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)											
専用の部屋の面積				㎡							
営業時間(単位ごとの実施時間を明示)		(① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)									
利用定員				人		(単位ごとの定員① 人、② 人、③ 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別様に記載した書類を添付してください。
- 2 管理者の兼務については、添付資料により確認できる場合は記載を省略することができます。

付表15 介護医療院の許可に係る記載事項

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市									
連絡先	電話番号				FAX番号						
	Email										
管理者	フリガナ					(郵便番号 -)					
	氏名					住所					
	生年月日										
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称										
	兼務する職種										
短期入所療養介護の実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		通所リハビリテーションの実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
施設を共用する事業所等の名称(共用する場合記入)		フリガナ									
協力医療機関	名称			主な診療科名							
	名称			主な診療科名							
	名称			主な診療科名							
	名称			主な診療科名							
入所者の予定数	人		一日あたりの通所総利用者予定数	人							
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業者の職種・員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員			
		専 従 兼 務		専 従 兼 務		専 従 兼 務		専 従 兼 務			
介護医療院及び通所リハビリテーション従事人数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
		理学・作業療法士		栄養士		放射線技師		介護支援専門員			
		専 従 兼 務		専 従 兼 務		専 従 兼 務		専 従 兼 務			
介護医療院及び通所リハビリテーション従事人数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
療養室	1室の最大定員			人							
	入所者1人あたり最小床面積			㎡							
廊下	片廊下の幅			m							
	中廊下の幅			m							
機能訓練室面積				㎡							
食堂面積				㎡							
入所定員				人							
○通所リハビリテーションの人員及び設備に関する基準の確認に必要な事項(該当する場合のみ)											
		理学療法士		作業療法士		看護職員		介護職員		医師	
常勤(人)											
非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)											
専用の部屋の面積				㎡							
営業時間(単位ごとの実施時間を明示)		(① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)									
利用定員		人		(単位ごとの定員① 人、② 人、③ 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別様に記載した書類を添付してください。
- 2 管理者の兼務については、添付資料により確認できる場合は記載を省略することができます。

様式第1号の2(第2条関係)

指定居宅サービス事業所
 介護保険施設 指定(許可)更新申請書
 指定介護予防サービス事業所

年 月 日

栃木県知事 様

住所
 申請者 (法人の場合は、主たる事務所の所在地)
 氏名 印
 (法人の場合は、名称及び代表者の職氏名)

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(許可)の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

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 郡市					
	連絡先	電話番号				FAX番号	
		Email					
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名	-----	生年月日	
代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市						
事業所	事業等の種類		介護保険事業所番号				
	指定有効期間満了日						
	フリガナ 名称	-----					
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市					
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき						
管理者	フリガナ 氏名	-----			生年月日		
	住所	(郵便番号 ー) 県 郡市					

備考 以下の書類を添付してください。
 (1) 誓約書
 (2) 介護支援専門員一覧

様式第2号(第2条関係)

指定を不要とする旨の申出書

年 月 日

栃木県知事

様

開設者 住所 (法人の場合は、主たる事務所の所在地)
氏名 (法人の場合は、名称及び代表者の職氏名)

印

次のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。

開設者	名称
	施設種別
	所在地
管理者	氏名
	住所
申出に係る居宅サービスの種類(該当に○を記入)	<input type="checkbox"/> 訪問看護
	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション
	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導
	<input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション
	<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護
	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護

様式第3号(第2条関係)

変更届出書

年 月 日

栃木県知事 様

開設(事業)者 住所
 (法人の場合は、主たる事務所の所在地)
 氏名 印
 (法人の場合は、名称及び代表者の職氏名)

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		介護保険事業所番号																			
指定内容を変更した事業所等		名称																			
		所在地																			
サービスの種類																					
変更年月日																			年	月	日
変更があった事項(該当に○を記入)										変更の内容											
事業所(施設)の名称		(変更前)																			
事業所(施設)の所在地																					
申請者の名称																					
主たる事務所の所在地																					
代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所																					
登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)																					
事業所(施設)の建物の構造、専用区画等																					
備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業に限る。)																					
利用者の推定数																					
事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所																					
サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴																					
運営規程																					
協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関		(変更後)																			
事業所の種別																					
提供する居宅療養管理指導の種類																					
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・併設型の別)																					
利用者、入所者又は入院患者の定員																					
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)																					
併設施設の状況等																					
介護支援専門員の氏名及びその登録番号																					

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。

別記様式第 6 号及び別記様式第 7 号を次のように改める。
様式第 6 号 (第 2 条関係)

介護老人保健施設
開設許可事項変更申請書
介 護 医 療 院

年 月 日

栃木県知事 様

開設者 主たる事務所の所在地
名称及び代表者の職氏名 印

次のとおり開設許可事項の変更の許可を申請します。

		介護保険事業所番号																		
申請に係る施設		名称																		
		所在地																		
開設許可年月日		年 月 日																		
変更年月日		年 月 日																		
変更事項 (該当に○を記入)										変更の内容										
	敷地面積	(変更前)																		
	建物建造	(変更後)																		
	施設の共用の場合の利用計画																			
	運営規程 (職種・員数・職務内容・入所定員の増加に関する部分に限る。)	(変更後)																		
	協力病院の変更																			

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第7号（第2条関係）

介護老人保健施設
 管理者承認申請書
 介 護 医 療 院

栃木県知事 様 年 月 日

開設者 主たる事務所の所在地
 名称及び代表者の職氏名 印

次のとおり管理者の承認を申請します。

	介護保険事業所番号								
申請に係る施設	名称								
	所在地								
管理者になろうとする者の氏名、住所及び資格	氏名								
	住所								
	資格								
申請理由（該当に○を記入）	新規開設のため								
	管理者の変更のため								

備考 管理者になろうとする者の経歴等を添付してください。

附 則

この規則は、令和二年八月一日から施行する。

(運輸支隊課)