



# 島根県報

平成18年 3月31日 (金)  
号外 第 65 号  
(毎週火・金曜日発行)  
<http://www.pref.shimane.jp/>

## 目 次

### 規 則

介護保険法に基づく指定居宅サービス事業者等の指定等に関する規則の一部を改正 (高齢者福祉課)  
正する規則

### 公布された条例等のあらまし

介護保険法に基づく指定居宅サービス事業者等の指定等に関する規則の一部を改正する規則 (規則第44号)

#### 1 規則の概要

介護保険法の改正に伴う規定の整備

#### 2 施行期日

平成18年 4月 1日から施行することとした。

## 規 則

介護保険法に基づく指定居宅サービス事業者等の指定等に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成18年 3月31日

島根県知事 澄 田 信 義

### 島根県規則第44号

介護保険法に基づく指定居宅サービス事業者等の指定等に関する規則の一部を改正する規則

介護保険法に基づく指定居宅サービス事業者等の指定等に関する規則 (平成12年島根県規則第50号) の一部を次のように改正する。

第 1 条中「及び介護保険施設」を「、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業者」に改める。

第 2 条中「及び第107条第 1 項」を「、第107条第 1 項及び第115条の 2 第 1 項」に改め、同条の次に次の 1 条を加える。

(指定等の更新の申請)

第 2 条の 2 法第70条の 2 第 1 項 (第115条の10において準用する場合を含む。)、第79条の 2 第 1 項、第86条の 2 第 1 項及び第107条の 2 第 1 項に規定する更新の申請並びに法第94条の 2 第 1 項に規定する許可の更新の申請は、様式第 1 号の 2 によるものとする。

第 3 条中「第72条第 1 項ただし書」の次に「 (法第115条の10において準用する場合を含む。 ) 」を加える。

第 4 条中「及び第111条」を「、第111条及び第115条の 5 」に、「又は第140条」を「、第140条又は第140条の19第 1 項」に、「又は第133条第 2 項」を「、第133条第 2 項又は第140条の19第 3 項」に改める。

第10条第 1 項中「及び第115条」を「、第115条及び第115条の 9 」に改め、同項第 4 号中「又は指定の取消し」を「、指定の取消し又は指定の全部若しくは一部の効力の停止」に改め、同条第 2 項中「又は法第104条第 1 項の規定による許可の取消し」を「、法第104条第 1 項の規定による許可の取消し又は期間を定めてその許可の全部若しくは一部の効力の停止」に改め、同条第 3 項中「又は指定の取消し」を「、指定の取消し又は指定の全部若しくは一部の効力の停止」に、

「又は許可の取消し」を「、許可の取消し又は期間を定めて許可の全部若しくは一部の効力の停止」に改める。

「住 所

様式第 1 号中 「所在地 (所在地) を氏名に、「指定居宅サービス事業所」を  
名称」氏名  
(名称及び代表者職・氏名)」

「指定居宅サービス事業所」に、「指定居宅サービス事業者(指定居宅介護支援事業者、介護保険施設)の指定(許  
指定介護予防サービス事業所」  
可)を受けたいので、介護保険法第41条第1項本文(第46条第1項、第48条第1項第1号、第48条第1項第3号、第94条  
第1項)の規定により、「」を「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」に、

代表者の	フリガナ		フリガナ	
職・氏名	職 名		氏 名	

を

代表者の職・氏名	フリガナ		フリガナ		生年月日
及び生年月日	職 名		氏 名		

に、「居宅

療養管理」を「居宅療養管理指導」に、

痴呆対応型共同生活介護				付表10
特定施設入所者生活介護				付表11
福祉用具貸与				付表12

を

特定施設入所者生活介護				付表10
福祉用具貸与				付表11
特定福祉用具販売				付表12

に、

介護療養型医療施設				付表16
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				

を

指定介護予防サービス	介護療養型医療施設			付表16
	介護予防訪問介護			付表 1
	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
	介護予防通所介護			付表 6
	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

に改め、同

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										

記入担当者名		電 話 番 号	
--------	--	---------	--

様式備考 2 中「株式会社、有限会社等」を「株式会社等」に改め、同様式備考に次のように加える。

- 10 既に介護給付のサービス事業所の指定を受けている事業者が、介護予防サービス事業者の指定を受ける場合においては、届出事項に変更がないときには、「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の予定年月日」、「当該申請に係る介護予防サービス費の請求に関する事項」、「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」、「役員の氏名、生年月日及び住所」、「介護支援専門員の氏名及び登録番号」及び「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。また、既に介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、介護給付のサービス事業者の指定を受ける場合においても同様に届出を省略できます。

様式第 1 号付表 1 中「訪問介護事業所」を「訪問介護・介護予防訪問介護事業所」に、

連絡先	電 話 番 号		F A X 番 号	
-----	---------	--	-----------	--

を

連絡先	電 話 番 号		F A X 番 号	
	メールアドレス			

に改め、

同様式中付表 1 を付表 1 - 1 とし、付表 1 - 1 の次に付表 1 - 2 として次のように加える。

付表 1 - 2

訪問介護・介護予防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の記載事項

受付番号	
------	--

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		F A X 番号	
	メールアドレス			
主な 掲 示 事 項	営業日			
	営業時間			
	利用料	法定代理受領分 ( 1 割負担分 )		
		法定代理受領分以外		
	その他の費用			
通常の事業実施地域	別添のとおり			
添付書類				

- 備考 1 「受付番号」欄は、記載しないでください。
- 2 記載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。
- 3 「主な掲示事項」欄については、この欄の記載に代えて、別に資料を添付して差し支えありません。

様式第 1 号付表 2 中「訪問入浴介護事業所の」を「訪問入浴・介護予防訪問入浴介護事業所の」に、

「	連絡先	電話番号		F A X 番号		」を
---	-----	------	--	----------	--	----

「	連絡先	電話番号		F A X 番号		」に、
		メールアドレス				

「	氏 名				」を
---	-----	--	--	--	----

「	氏 名				」に改め、
	生年月日				

同様式付表 3 中「訪問看護事業所の」を「訪問看護・介護予防訪問看護事業所の」に、

「	連絡先	電話番号		F A X 番号		」を
---	-----	------	--	----------	--	----

「	連絡先	電話番号		F A X 番号		」に、
		メールアドレス				

「	氏 名				」を
---	-----	--	--	--	----

「	氏 名				」に改め、
	生年月日				

「理学・作業療法士」の次に「及び言語聴覚士」を加え、同様式付表 3 備考 6 中「保険医療機関」の次に「又は特定承認保険医療機関」を加え、同様式付表 3 備考 7 を次のように改める。

- 7 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様に記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

様式第 1 号中付表 3 を付表 3 - 1 とし、付表 3 - 1 の次に付表 3 - 2 として次のように加える。

付表 3 - 2

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の記載事項

受付番号	
------	--

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	F A X 番号	
主な 掲示 事項	営業日			
	営業時間			
	利用料	法定代理受領分 ( 1 割負担分)		
		法定代理受領分以外		
	その他の費用			
通常の事業実施地域	別添のとおり			
添付書類				

- 備考 1 「受付番号」欄は、記載しないでください。
- 2 記載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。
- 3 「主な掲示事項」欄については、この欄の記載に代えて、別に資料を添付して差し支えありません。

様式第 1 号付表 4 中「訪問リハビリテーション事業所」を「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」に、

「

連 絡 先	電 話 番 号		F A X 番 号	
-------	---------	--	-----------	--

」を

「

連 絡 先	電 話 番 号		F A X 番 号	
	メールアドレス			

」に、

「

氏 名		
-----	--	--

」を

「

氏 名		
生年月日		

」に改め、

同様式付表 4 備考 4 中「保険医療機関」の次に「又は特定承認保険医療機関」を加え、同様式付表 5 中「居宅療養管理指導事業所」を「居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導事業所」に、

「

連 絡 先	電 話 番 号		F A X 番 号	
-------	---------	--	-----------	--

」を

「

連 絡 先	電 話 番 号		F A X 番 号	
	メールアドレス			

」に、

「

氏 名		
-----	--	--

」を

「

氏 名		
生年月日		

」に改め、

同様式付表 5 備考 4 中「保険医療機関」の次に「又は特定承認保険医療機関」を加え、同様式付表 6 - 1 中「通所介護事業所の」を「通所介護（療養通所介護）・介護予防通所介護事業所の」に、

「

連 絡 先	電 話 番 号		F A X 番 号	
-------	---------	--	-----------	--

」を

「

連 絡 先	電 話 番 号		F A X 番 号	
	メールアドレス			

」に、

「

氏 名		
-----	--	--

」を

「

氏 名		
生年月日		

」に、

「当該通所介護事務所」を「当該通所介護（療養通所介護）・介護予防通所介護事業所」に改め、同様式付表 6 - 1 備考 2 中「当該通所介護事業所」を「当該通所介護（療養通所介護）・介護予防通所介護事業所」に改め、同備考 5 中「ください」の次に「。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください」を加え、同様式付表 6 - 2 中「通所介護事業」を「通所介護・介護予防通所介護事業」に、

「

連 絡 先	電 話 番 号		F A X 番 号	
-------	---------	--	-----------	--

」を

連 絡 先	電 話 番 号		F A X 番 号		に改め、
	メールアドレス				

同様式付表7中「通所リハビリテーション事業所」を「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」に、

連 絡 先	電 話 番 号		F A X 番 号		を
-------	---------	--	-----------	--	---

連 絡 先	電 話 番 号		F A X 番 号		に、
	メールアドレス				

氏 名				を
-----	--	--	--	---

氏 名				に改め、
生年月日				

同様式付表7備考に次のように加える。

- 5 介護老人保健施設が行うものについては、法第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。

様式第1号付表8-1中「短期入所生活介護事業所」を「短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所」に改め、「単独型」の次に「・従来型」を加え、

連 絡 先	電 話 番 号		F A X 番 号		を
-------	---------	--	-----------	--	---

連 絡 先	電 話 番 号		F A X 番 号		に、
	メールアドレス				

氏 名				を
-----	--	--	--	---

氏 名				に改め、
生年月日				

同様式付表8-2中「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・併設事業所型）」を「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（空床利用型従来型・併設事業所型従来型）」に、

連 絡 先	電 話 番 号		F A X 番 号		を
-------	---------	--	-----------	--	---

連 絡 先	電 話 番 号		F A X 番 号		に、
	メールアドレス				

氏 名				を
-----	--	--	--	---

氏 名				に改め、
生年月日				

同様式付表8-2の次に付表8-3及び付表8-4として次のように加える。

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（単独型・ユニット型）

受付番号

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					
	メールアドレス									
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	フリガナ				住所	(郵便番号			)	
	氏名									
	生年月日									
利用者	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				
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)										
常勤換算後の人数(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			
ユニット数		ユニット			-		-			
ユニットの定員		~ 人			人以下					
個室の面積		~ m <sup>2</sup>			m <sup>2</sup> 以上					
ユニット内の食堂の面積		~ m <sup>2</sup>			m <sup>2</sup> 以上					
耐火建築物、準耐火建築物の別										
主な揭示事項	利用定員				人					
	利用料	法定代理受領分(1割負担分)								
		法定代理受領分以外								
	その他の費用									
通常の送迎の実施地域										
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					
添付書類	別添のとおり									

- 備考 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」、「適合の可否」及び「基準上の必要数値」欄は、記載しないでください。
- 2 「当該事業所で兼務する他の職種」及び「同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務」欄は、管理者が兼務する場合に記載してください。
- 3 「主な揭示事項」欄については、この欄の記載に代えて、別に資料を添付して差し支えありません。
- 4 記載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。

付表 8 - 4

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  
(空床利用型ユニット型・併設事業所型ユニット型)

受付番号

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡市							
設	連絡先	電話番号			FAX番号				
		メールアドレス							
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	フリガナ					住所	(郵便番号 - )		
	氏名								
	生年月日								
理	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						
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			医師		生活相談員		看護職員		栄養士を配置しない場合の措置
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
短期入所生活介護及び		常勤(人)							
本体施設従事者人数		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		栄養士		機能訓練指導員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
短期入所生活介護及び		常勤(人)							
本体施設従事者人数		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									
設備基準上の数値記載項目等					基準上の必要数値		適合の可否		
ユニット数			ユニット		-		-		
ユニットの定員			~ 人		人以下				
個室の面積			~ m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup> 以上				
ユニット内の食堂の面積			~ m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup> 以上				
主 な 掲 示 事 項	入所・入院定員		人		短期入所利用定員数		人		
	利用料		法定代理受領分(1割負担分)						
			法定代理受領分以外						
	その他の費用								
通常の送迎の実施地域									
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				
添付書類	別添のとおり								

- 備考 1 この様式は、特別養護老人ホームの空床を利用して実施する場合又は特別養護老人ホーム等に設置して実施する場合に使用してください。
- 2 「受付番号」、「基準上の必要人数」、「適合の可否」及び「基準上の必要数値」欄は、記載しないでください。
- 3 「同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務」欄は、管理者が兼務する場合に記載してください。
- 4 「入所者数」及び「短期入所利用者数」欄は、推定数を記載してください。
- 5 「兼務」欄は、本体施設以外との兼務を行う職員について記載してください。
- 6 「主な掲示事項」欄については、この欄の記載に代えて、別に資料を添付して差し支えありません。
- 7 記載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。

様式第 1 号付表 9 中「短期入所療養介護事業所」を「短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業所」に、

連絡先	電話番号		F A X 番号	
-----	------	--	----------	--

連絡先	電話番号		F A X 番号	
	メールアドレス			

	老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院		を
	介護力強化病院（施設基準省令附則第 2 条）		
	基準適合診療所（施行規則附則第 2 条）		

	老人性認知症疾患療養病棟を有する病院		に、「」を
	基準適合診療所（施行規則附則第 2 条）		

」に、

氏 名				を
-----	--	--	--	---

氏 名				に改め、
生年月日				

同様式付表 9 備考に次のように加える。

5 介護老人保健施設又は介護療養型医療施設が行うものについては、法第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。

様式第 1 号付表10を削り、同様式付表11中「特定施設入所者生活介護」を「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」に、

連絡先	電話番号		F A X 番号	
-----	------	--	----------	--

連絡先	電話番号		F A X 番号	
	メールアドレス			

施設区分 ( 該当施設に )	有料老人ホーム		施設開設年月日	
	軽費老人ホーム		施設開設年月日	

施設区分 ( 該当施設に )	有料老人ホーム		施設開設年月日	年 月 日
	軽費老人ホーム			
	高齢者専用賃貸住宅			
	養護老人ホーム			
入居者の要件 ( 該当施設に )	介護専用型			
	介護専用型以外			
サービスの提供形態 ( 該当施設に )	一般型			
	外部サービス利用型			

氏 名				を
-----	--	--	--	---

氏 名			
生年月日			

に改め、

同様式中付表11を付表10とし、同様式付表12中「福祉用具貸与事業所」を「福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業所」に、

連絡先	電話番号		F A X 番号	
-----	------	--	----------	--

を

連絡先	電話番号		F A X 番号	
	メールアドレス			

に、

氏 名			
-----	--	--	--

を

氏 名			
生年月日			

に改め、

同様式中付表12を付表11とし、付表11の次に付表12として次のように加える。

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

受付番号	
------	--

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			
	メールアドレス					
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		生年月日		住所	(郵便番号 - )
	氏名					
	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(兼務の場合のみ記入)	名称				
兼務する職種及び勤務時間等						
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)				
		基準上の必要人数 (人)				
適合の可否						
主な 掲 示 事 項	営業日					
	営業時間					
	取扱種目					
	販売費用の額					
	その他の費用					
	通常の事業実施地域					
添 付 書 類	別添のとおり					

- 備考 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「適合の可否」欄は、記載しないでください。
- 2 「当該事業所で兼務する他の職種」及び「同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務」欄は、管理者が兼務する場合に記載してください。
- 3 「主な掲示事項」欄については、この欄の記載に代えて、別に資料を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表を提出してください。
- 5 記載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。

様式第1号付表13 - 1中

連絡先	電話番号		F A X 番号	
-----	------	--	----------	--

を

連絡先	電話番号		F A X 番号	
	メールアドレス			

に、

氏 名		
-----	--	--

を

氏 名		
生年月日		

に改め、

同様式付表13 - 2中

兼務の場合の  
兼務する職種

を

兼務の場合の  
兼務先及び兼  
務する職種

に改め、同様式付表13 - 2備考3中「場合の」の次に「兼

務先及び」を、「場合、」の次に「兼務先事業所名及び」を加え、同様式付表14中「記載事項」の次に「(従来型)」を加え、

連絡先	電話番号		F A X 番号	
-----	------	--	----------	--

を

連絡先	電話番号		F A X 番号	
	メールアドレス			

に、

氏 名		
-----	--	--

を

氏 名		
生年月日		

に改め、

同様式付表14備考中6を削り、7を6とし、8を7とし、9を8とし、備考に次のように加える。

9 「従来型」で申請する場合は、本様式を使用してください。なお、「一部ユニット型」の施設の場合は、付表14 - 1及び付表14 - 2を提出してください。

様式第1号中付表14を付表14 - 1とし、付表14 - 1の次に付表14 - 2として次のように加える。

付表14-2

介護老人福祉施設の指定に係る記載事項(ユニット型)

受付番号

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			
		メールアドレス							
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 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(兼務の場合のみ記入)			名称	兼務する職種				
短期入所生活介護の実施の有無			有・無	事業の実施形態	空床型・併設型				
入所者数	人(推定数を記入)			短期入所利用者数(併設型の場合)	人(推定数を記入)				
従業者の職種・員数		医 師		生活相談員		介護職員		看護職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
介護老人福祉施設及び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)									
基準上の必要人数(人)									
適合の可否									
		栄 養 士		機能訓練指導員		介護支援専門員等		栄養士を配置しない場合の措置	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
介護老人福祉施設及び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)									
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		介護老人福祉施設			短期入所生活介護				
		基準上の必要値		適合の可否	基準上の必要値		適合の可否		
ユニット数	ユニット	-	-	-	ユニット	-	-	-	-
ユニットの定員	~ 人	人			人	人			
個室の面積	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>			m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>			
ユニット内の共同生活室の面積	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>			m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>			
主な掲示事項									
入所(利用)定員					人	人			
利用料	法定代理受領分(1割負担分)								
	法定代理受領分以外								
その他の費用									
添 付 書 類		別添のとおり							

- 備考 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「適合の可否」欄は、記載しないでください。
- 2 「同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務」欄は、管理者が兼務する場合に記載してください。
- 3 「短期入所生活介護の実施の有無」欄は、「有・無」のいずれか一方に「」を付し、短期入所生活介護を実施している場合は、「事業の実施形態」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。
- 4 「入所者数」及び「短期入所利用者数」欄は、推定数を記載してください。なお、「短期入所利用者数」欄は、併設型の場合に記載してください。
- 5 「兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記載してください。
- 6 「主な掲示事項」欄については、この欄の記載に代えて、別の資料を添付して差し支えありません。
- 7 記載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。
- 8 当該介護老人福祉施設サービス以外のサービスを実施する場合は、当該介護老人福祉施設サービスの部分とそれ以外のサービスの部分について料金の状況が確認できる料金表を添付してください。
- 9 「ユニット型」で申請する場合は、本様式を使用してください。なお、「一部ユニット型」の施設の場合は、付表14-1及び付表14-2を提出してください。

様式第 1 号付表15 - 1 中「記載事項」の次に「(従来型)」を加え、

「	連絡先	電話番号		F A X 番号		」を
---	-----	------	--	----------	--	----

「	連絡先	電話番号		F A X 番号		」に、
		メールアドレス				

「	氏 名				」を
---	-----	--	--	--	----

「	氏 名				」に改め、
	生年月日				

同様式付表15 - 2 中「記載事項」の次に「(従来型)」を加え、「共用する」を「共有する」に改め、同様式付表15 - 2 備考に次のように加える。

- 11 「従来型」で申請する場合は、付表15 - 1 及び付表15 - 2 を提出してください。なお、「一部ユニット型」の施設の場合は、付表15 - 1 から付表15 - 4 までを提出してください。

様式第 1 号付表15 - 2 の次に付表15 - 3 及び付表15 - 4 として次のように加える。

付表15-3

介護老人保健施設の許可に係る記載事項(ユニット型)(その1)

受付番号	
------	--

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								
		メールアドレス													
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					住所	(郵便番号 - )								
	氏名														
	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(兼務の場合のみ記入)	フリガナ					名称								
		兼務する職種													
通所リハビリテーションの実施の有無			有 ・ 無			短期入所療養介護の実施の有無			有 ・ 無						
入所者の予定数			人			1日当たりの通所総利用者予定数			人						
従業者の職種・員数				医師		薬剤師		看護職員		介護職員		理学・作業療法士		栄養士	
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	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)															
基準上の必要人数(人)															
適合の可否															
				支援相談員		介護支援専門員等									
				専従	兼務	専従	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)													
基準上の必要人数(人)															
適合の可否															

付表15- 4

介護老人保健施設の許可に係る記載事項（ユニット型）（その2）

施設を共有する事業所等の名称 （共有する場合記入）	フリガナ 名 称					
設備基準上の数値記載項目				基準上の必要数値	適合の可否	
ユニット数	ユニット			-	-	
ユニットの定員	~ 人			人		
個室の面積	m <sup>2</sup>			m <sup>2</sup>		
ユニット内の共同生活室の面積	m <sup>2</sup>			m <sup>2</sup>		
機能訓練室面積	m <sup>2</sup>			m <sup>2</sup>		
主な 掲 示 事 項	入所定員	人				
	利用料	法定代理受領分（1割負担分）				
		法定代理受領分以外				
その他の費用						
通所リハビリテーションの状況						
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		
	常 勤（人）					
	非常勤（人）					
	基準上の必要人数（人）					
適合の可否						
専用の部屋等の面積				m <sup>2</sup>	基準上の必要数値	適合の可否
					m <sup>2</sup> 以上	
営業日	単位ごとの営業日					
営業時間（単位毎の実施時間 を明示すること。）	（ : ~ : ~ : ~ : ）					
利用定員	人（単位ごとの定員 人、 人、 人）					
利用料	法定代理受領分（1割負担分）					
	法定代理受領分以外					
その他の費用						
通常の事業実施地域						
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	
添 付 書 類	別添のとおり					

- 備考 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」、「適合の可否」及び「基準上の必要数値」欄は、記載しないでください。
- 2 「同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務」欄は、管理者が兼務する場合に記載してください。
- 3 「通所リハビリテーションの実施の有無」欄は、「有・無」のいずれか一方に「 」を付してください。通所リハビリテーションを実施していない場合は、「1日当たりの通所総利用者予定数」及び「通所リハビリテーションの状況」欄の記載を要しません。
- 4 「短期入所療養介護の実施の有無」欄は、「有・無」のいずれか一方に「 」を付してください。
- 5 「従業者の職種・員数」欄については、総数を記載してください。
- 6 「施設を共有する事業所等の名称」欄は、共有する場合に記載してください。
- 7 「主な掲示事項」欄については、この欄の記載に代えて、別に資料を添付して差し支えありません。
- 8 「通所リハビリテーションの状況」の「営業時間」欄は、単位ごとの実施時間を明示してください。
- 9 記載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。
- 10 当該介護老人保健施設サービス以外のサービスを実施する場合は、当該介護老人保健施設サービスの部分とそれ以外のサービスの部分について料金の状況が確認できる料金表を添付してください。
- 11 「ユニット型」で申請する場合は、付表15- 3及び付表15- 4を提出してください。なお、「一部ユニット型」の施設の場合は、付表15- 1から付表15- 4までを提出してください。

様式第 1 号付表16 - 1 中

連絡先	電話番号		F A X 番号	
-----	------	--	----------	--

連絡先	電話番号		F A X 番号	
	メールアドレス			

氏 名		
-----	--	--

氏 名		
生年月日		

老人性痴呆疾患療養病棟を有する病棟						
介護力強化病棟						

老人性認知症疾患療養病棟を有する病棟						
--------------------	--	--	--	--	--	--

適合の可否								
当該病棟（全体として）の従業者の職種・員数（ ）	看護職員		介護職員		理学・作業療法士		介護支援専門員等	
	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）								
基準上の必要人数（人）								
適合の可否								

適合の可否						
-------	--	--	--	--	--	--

同様式付表16 - 2 中

	食堂面積（デイルームを使用する場合はその面積）		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上	
廊下	病室	入院患者 1 人当たり最小床面積	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上	
		片廊下の幅	m	m 以上	
		中廊下の幅	m	m 以上	

	食堂面積（デイルームを使用する場合はその面積）		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上	
--	-------------------------	--	----------------	-------------------	--


を


に改め、

同様式付表16 - 2 備考中5を削り、6を5とし、7を6とし、8を7とし、同様式付表16 - 3中

連絡先	電話番号		F A X 番号	
-----	------	--	----------	--

を

連絡先	電話番号		F A X 番号	
	メールアドレス			

に、

氏名			
----	--	--	--

を

氏名			
生年月日			

に改め、

同様式の次に次の1様式を加える。

様式第 1 号の 2 ( 第 2 条の 2 関係 )

受付番号

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

年 月 日

島根県知事 様

住 所  
 申請者 (所在地)  
 氏 名 ㊟  
 (名称及び代表者職・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。

記

事業所所在地市町村番号

申 請 者	フリガナ 名 称				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - ) 県 都市			
	連絡先	電話番号		F A X 番号	
	法人の種別			法人所轄庁	
	代表者の職・氏名及び生 年月日	フリガナ 職 名		フリガナ 氏 名	生年月日
事 業 所	代表者の住所	(郵便番号 - ) 県 都市			
	フリガナ 名 称				
	所 在 地	(郵便番号 - ) 県 都市			
	連絡先	電話番号		F A X 番号	
	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				
所	フリガナ 名 称				
	所 在 地	(郵便番号 - ) 県 都市			
	連絡先	電話番号		F A X 番号	
管理者の氏名、生年月日及び 経歴	フリガナ 氏 名		生年月日	経歴は、別添のとおり	
事業等の種類					
現に受けている指定の有効期間満了日					
役員の氏名、生年月日及び住所				別添のとおり	
法第70条の2第4項で準用する法第70条第2項各号に該当しないことを誓約する書面				別添のとおり	
介護支援専門員の氏名及びその登録番号				別添のとおり	

記入担当者名  電話番号

- 備考 1 「受付番号」及び「事業所所在地市町村番号」欄は、記載しないでください。  
 2 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。

様式第 2 号を次のように改める。

様式第 2 号 ( 第 3 条関係 )

指 定 を 不 要 と す る 旨 の 申 出 書

年 月 日

島根県知事

様

住 所

申出者 (所在地)

氏 名

印

(名称及び代表者職・氏名)

次のとおり介護保険法の規定によ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	1 訪問看護 2 介護予防訪問看護 3 訪問リハビリテーション 4 介護予防訪問リハビリテーション 5 居宅療養管理指導 6 介護予防居宅療養管理指導 7 通所リハビリテーション 8 介護予防通所リハビリテーション 9 短期入所療養介護 10 介護予防短期入所療養介護

備考 「申出に係る居宅サービスの種類」欄は、申出を行う(辞退する)居宅サービスの番号に「 」を付してください。

様式第 3 号中「代表者氏名」を「代表者職・氏名」に改め、「の氏名」の次に「、生年月日」を、「訪問入浴介護事業」の次に「及び介護予防訪問入浴介護事業」を加え、

18	併設施設の状況等	を
----	----------	---

18	併設施設の状況等	に改める。
19	役員の氏名、生年月日及び住所	
20	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	

様式第 4 号中「代表者氏名」を「代表者職・氏名」に改め、「指定居宅サービス( )」の次に「指定介護予防サービス、」を加える。

様式第 9 号中「老人性痴呆疾患療養病棟」を「老人性認知症疾患療養病棟」に改める。

附 則

この規則は、平成18年 4 月 1 日から施行する。