

# 高知県公報

発行  
高知県  
高知市丸ノ内  
一丁目2番20号  
発行日  
毎週2回  
(火曜日・金曜日)

## 目次

規 則	ページ
◎高知県指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業者の指定等に関する規則の一部を改正する規則	1

## 規 則

高知県指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業者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30年8月14日

高知県知事 尾崎 正直

### 高知県規則第59号

#### 高知県指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業者の指定等に関する規則の一部を改正する規則

高知県指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業者の指定等に関する規則（平成12年高知県規則第81号）の一部を次のように改正する。

題名及び第1条中「、指定居宅介護支援事業者」を削る。

第2条第1項中「、第79条第1項」を削り、「第94条第1項」を「第94条第1項、第107条第1項」に改め、同条第2項中「、第79条の2第1項」を削り、「第94条の2第1項」を「第94条の2第1項、第108条第1項」に改め、同条第3項中「、第79条第1項」を削り、「第94条第1項」を「第94条第1項、第107条第1項」に改め、「、第79条の2第1項」を削り、「第94条の2第1項」を「第94条の2第1項、第108条第1項」に改める。

第4条中「、第82条」を削り、「第99条」を「第99条、第113条」に改め、「、第133条第1項」を削り、「第137条第1項」を「第137条第1項、第140条の2の2第1項」に改める。

第6条の見出し中「介護老人保健施設」を「介護老人保健施設及び介護医療院」に改め、同条中「第94条第2項」を「第94条第2項又は第107条第2項」に、「介護老人保健施設開設許可事項変更許可申請書」を「介護老人保健施設開設許可事項変更許可申請書又は別記第6号様式の2による介護医療院開設許可事項変更許可申請書」に改める。

第7条の見出し中「介護老人保健施設」を「介護老人保健施設

及び介護医療院」に改め、同条中「第95条」を「第95条又は第109条」に、「介護老人保健施設管理者承認申請書」を「介護老人保健施設管理者承認申請書又は別記第7号様式の2による介護医療院管理者承認申請書」に改める。

第8条の見出し中「介護老人保健施設」を「介護老人保健施設及び介護医療院」に改め、同条中「第98条第1項第4号」を「第98条第1項第4号又は第112条第1項第4号」に、「介護老人保健施設広告事項許可申請書」を「介護老人保健施設広告事項許可申請書又は別記第8号様式の2による介護医療院広告事項許可申請書」に改める。

第11条中「、第85条」を削り、「第104条の2」を「第104条の2、第114条の7」に改め、「、第133条の2各号」を削り、「第137条の2各号」を「第137条の2各号、第140条の2の3各号」に改める。

別記第1号様式を次のように改める。

別記  
第1号様式（第2条関係）

受付番号

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

高知県知事 様

申請者 主たる事務所の所在地（住所）

名称  
代表者の職・氏名（氏名）

㊞

介護保険法第70条第1項（第86条第1項・第94条第1項・第107条第1項・第115条の2第1項）の規定による事業所（施設）に係る指定（許可）を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

事業所（施設）所在地市町村番号

申請者	フリガナ						
	名称（氏名）						
主たる事務所の所在地（住所）	（郵便番号 ー ）						
	都道府県	市郡区					
（ビルの名称等）							
連絡先	電話番号			ファクシミリ番号			
法人の種別			法人所管庁				
代表者の職・氏名及び生年月日	職名	フリガナ			生年月日	年 月 日	
		氏名					
代表者の住所	（郵便番号 ー ）						
	都道府県	市郡区					
（ビルの名称等）							
指定（許可）を受けようとする事業所（施設）の所在地	（郵便番号 ー ）						
	高知県	市 郡					
（ビルの名称等）							
指定（許可）を受けようとする事業所（施設）	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業等	指定（許可）申請をする事業等の開始（開設）予定年月日	既に指定等を受けている事業等の指定（許可）年月日	別紙番号		
	居宅サービス事業	訪問介護			別紙1		
		訪問入浴介護			別紙2		
		訪問看護			別紙3		
		訪問リハビリテーション			別紙4		
		居宅療養管理指導			別紙5		
		通所介護			別紙6		
		通所リハビリテーション			別紙7		
	短期入所生活介護			別紙8			

介護保険施設	短期入所療養介護																		別紙9
	特定施設入居者生活介護																		別紙10
	福祉用具貸与																		別紙11
	特定福祉用具販売																		別紙12
介護保険施設	介護老人福祉施設																		別紙13
	介護老人保健施設																		別紙14
	介護医療院																		別紙15
介護予防サービス事業	介護予防訪問入浴介護																		別紙2
	介護予防訪問看護																		別紙3
	介護予防訪問リハビリテーション																		別紙4
	介護予防居宅療養管理指導																		別紙5
	介護予防通所リハビリテーション																		別紙7
	介護予防短期入所生活介護																		別紙8
	介護予防短期入所療養介護																		別紙9
	介護予防特定施設入居者生活介護																		別紙10
	介護予防福祉用具貸与																		別紙11
	特定介護予防福祉用具販売																		別紙12
介護保険事業所番号																		（既に指定（許可）を受けている場合に記入してください。）	
医療機関コード等																			
上記の事項（別紙に記入している事項を含みます。）のほか、介護保険法施行規則第114条第1項各号等に掲げる事項を記載した書類																		別添のとおり	

- 注 1 「受付番号」欄及び「事業所（施設）所在地市町村番号」欄は、記入しないでください。
- 2 「申請者」の「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、公益社団法人、公益財団法人、一般社団法人、一般財団法人、株式会社等の別を記入してください。
- 3 「申請者」の「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合はその所管庁等の名称を、公益法人である場合はその公益認定をした行政庁の名称を記入してください。
- 4 「指定（許可）を受けようとする事業所（施設）」の「実施事業等」欄は、今回指定（許可）申請をするもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する項目の欄に「○」を記入してください。
- 5 「指定（許可）を受けようとする事業所（施設）」の「指定（許可）申請をする事業等の開始（開設）予定年月日」欄は、該当する項目の欄に事業等の開始（開設）の予定年月日を記入してください。
- 6 「指定（許可）を受けようとする事業所（施設）」の「既に指定等を受けている事業等の指定（許可）年月日」欄は、該当する項目の欄に介護保険法による指定事業者又は介護保険施設として指定（許可）をされた年月日（介護保険法第71条第1項又は第72条第1項の規定により指定があったものとみなされたものの場合は保険医療機関等の指定等を受けた年月日、介護保険法施行法第4条、第5条、第7条又は第8条第1項の規定により指定又は許可があったものとみなされたもの場合は「平成12年4月1日」）を記入してください。
- 7 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は、そのコードを「医療機関コード等」欄に記入してください。また、複数のコードを有する場合は、適宜様式を補正して、その全てを記入してください。

別紙1-1

訪問介護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 - ) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号	
	当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文		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	年 月 日		
	訪問介護員等との兼務の有無		有 ・ 無	
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合に記入してください。)	名称			
	兼務する職種及び勤務時間等			
サービス提供者	フリガナ	住所	(郵便番号 - )	
	氏名			
利用者	フリガナ	住所	(郵便番号 - )	
	氏名			
利用者の推定数		人		
従業者の職種及び員数		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)				
基準上の必要人数(人)				
適合の可否				
主な揭示事項	営業日			
	営業時間			
	利用料	法定代理受領分		
		法定代理受領分以外		
	その他の費用			
通常の事業の実施地域				

- 注 1 「受付番号」欄並びに「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 「管理者」の「訪問介護員等との兼務の有無」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 3 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 4 出張所等がある場合は、所在地、営業時間等を別紙1-2に記入してください。また、従業者については、この様式に出張所等に勤務する職員も含めて記入してください。
- 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別葉に記載した書類を添えてください。

別紙1-2

訪問介護事業を事業所の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 - ) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号	
主な揭示事項	営業日			
	営業時間			
	利用料	法定代理受領分		
		法定代理受領分以外		
	その他の費用			
通常の事業の実施地域				

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 2 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別葉に記載した書類を添えてください。

別紙2

訪問入浴介護  
介護予防訪問入浴介護 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 - ) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号	
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 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	年 月 日		
	当該訪問入浴介護（介護予防訪問入浴介護）事業所で兼務する他の職種（兼務の場合に記入してください。）			
利用者	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合に記入してください。）	名称		
	兼務する職種及び勤務時間等			
利用者の推定数		人		
従業者の職種及び員数		看護職員		介護職員
		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				
主な揭示事項	営業日			
	営業時間			
	利用料	法定代理受領分		
	その他の費用	法定代理受領分以外		
通常の事業の実施地域				
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		

- 注 1 「受付番号」欄並びに「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 3 「協力医療機関」とは、高知県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等を定める条例（平成25年高知県条例第8号）第57条又は高知県指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営等に関する基準等を定める条例（平成25年高知県条例第9号）第55条の協力医療機関をいいます。
- 4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別業に記載した書類を添えてください。
- 5 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。

別紙3-1

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

受付番号

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - ) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号	
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 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	年 月 日		
	※職種及び登録番号			
※当該訪問看護（介護予防訪問看護）事業所内で兼務する他の職種（兼務の場合に記入してください。）				
利用者	※同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合に記入してください。）	名称		
	兼務する職種及び勤務時間等			
利用者の推定数		人		
従業者の職種及び員数		看護師		保健師 准看護師 理学療法士・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 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				
主な揭示事項	営業日			
	営業時間			
	利用料	法定代理受領分		
	その他の費用	法定代理受領分以外		
通常の事業の実施地域				

- 注 1 「受付番号」欄並びに「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 ※印欄は、訪問看護ステーションの場合にのみ記入してください。
- 3 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 4 出張所等がある場合は、所在地、営業時間等を別紙3-2に記入してください。また、従業者については、この様式に出張所等に勤務する職員も含めて記入してください。
- 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別業に記載した書類を添えてください。
- 6 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。
- 7 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、介護保険法第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、申請の必要はありません。

別紙3-2

訪問看護事業  
介護予防訪問看護事業 を事業所の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 - ) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号	
	主な揭示事項	営業日		
	営業時間			
	利用料	法定代理受領分		
		法定代理受領分以外		
		その他の費用		
		通常の事業の実施地域		

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。  
 2 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。  
 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別業に記載した書類を添えてください。

別紙4-1

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

受付番号

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - ) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号	
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 号				
病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の別				
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 - )	
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
利用者の推定数		人		
従業者の職種及び員数		理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
常勤(人)				
非常勤(人)				
主な揭示事項	営業日			
	営業時間			
	利用料	法定代理受領分		
		法定代理受領分以外		
		その他の費用		
	通常の事業の実施地域			

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。  
 2 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。  
 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別業に記載した書類を添えてください。  
 4 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。  
 5 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、介護保険法第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、申請の必要はありません。

別紙4-2

訪問リハビリテーション事業  
介護予防訪問リハビリテーション事業 を事業所の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 — ) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号	
	主な揭示事項	営業日		
	営業時間			
	利用料	法定代理受領分		
		法定代理受領分以外		
	その他の費用			
	通常の事業の実施地域			

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。  
 2 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。  
 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別業に記載した書類を添えてください。

別紙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

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 — ) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号			
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文		第 条第 項第 号				
病院、診療所又は薬局の別						
提供する居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）の種類						
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 — )			
	氏名					
	生年月日	年 月 日				
従業者の職種及び員数	医師	歯科医師	薬剤師	歯科衛生士	管理栄養士	看護職員
常勤（人）						
非常勤（人）						
利用者の推定数	人					
主な揭示事項	営業日					
	営業時間					
	利用料	法定代理受領分				
		法定代理受領分以外				
		その他の費用				

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。  
 2 「従業者の職種及び員数」の「歯科衛生士」欄は、歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師及び准看護師を含めて記入し、「看護職員」欄は、歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師及び准看護師を除いて記入してください。  
 3 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。  
 4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別業に記載した書類を添えてください。  
 5 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。  
 6 保険医療機関若しくは特定承認保険医療機関である病院若しくは診療所又は保険薬局が行うものについては、介護保険法第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、申請の必要はありません。

別紙6-1

通所介護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 - ) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)						
	連絡先		電話番号		ファクシミリ番号				
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 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		年 月 日						
	当該通所介護（介護予防通所介護）事業所内で兼務する他の職種（兼務の場合に記入してください。）								
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合に記入してください。）		名称							
		兼務する職種及び勤務時間等							
従業者の職種及び員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従 兼務		専従 兼務		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									
食堂及び機能訓練室の合計面積				基準上の必要数値		適合の可否			
				㎡		㎡以上			
主な揭示事項	営業日		単位ごとの営業日						
	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）						
	利用料		法定代理受領分						
			法定代理受領分以外						
その他の費用									
通常の事業の実施地域									

- 注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄並びに「食堂及び機能訓練室の合計面積」の「基準上の必要数値」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 3 出張所等がある場合は、所在地、営業時間等を別紙6-2に記入してください。また、従業者については、この様式に出張所等に勤務する職員も含めて記入してください。
- 4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別業に記載した書類を添えてください。

別紙6-2

通所介護事業を事業所の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 - ) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)						
	連絡先		電話番号		ファクシミリ番号				
食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積				基準上の必要数値		適合の可否			
				㎡		㎡以上			
主な揭示事項	営業日		単位ごとの営業日						
	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）						

- 注 1 「受付番号」欄並びに「食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積」の「基準上の必要数値」欄及び「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、適宜欄を設けて記入するか、又は別業に記載した書類を添えてください。
- 3 1単位のサービスにおいて、事業所を複数有するときは、適宜欄を設けて記入するか、又は別業に記載した書類を添えてください。

別紙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

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - ) 高知県 市 郡		
		(ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号	
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文				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	年 月 日		
	管理者代行者が選任されている場合(いずれか一つに「○」を記入してください。)	医師	作業療法士	管理者代行者名
	理学療法士	専従の看護師	氏名	
事業所の種別(いずれか一つに「○」を記入してください。)	病院	条例第140条第1項診療所	条例第140条第2項診療所	
	介護老人保健施設	予防条例第121条第1項診療所	予防条例第121条第2項診療所	
	介護医療院			
医師数	常勤	人	1日当たりの総利用者推定数	
	非常勤	人		
単位ごとの従業者の職種及び員数		員数(人)	基準上の必要人数(人)	適合の可否
		常勤	非常勤	
理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	① 当該単位につき毎日従事する者			
	② 週1日以上従事する①以外の者			
看護職員	③ 経験看護師等			
	④ ③以外の看護職員			
	⑤ 介護職員			
専用の部屋等の面積		基準上の必要数値		適合の可否
		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上	
主な揭示事項	営業日	単位ごとの営業日		
	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)		
	利用料	法定代理受領分		
		法定代理受領分以外		
		その他の費用		
通常の事業の実施地域				

注 1 「受付番号」欄、「単位ごとの従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄並びに「専用の部屋等の面積」の「基準上の必要数値」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないください

- い。
- 2 「事業所の種別」欄の「条例第140条第1項診療所」及び「条例第140条第2項診療所」とは、それぞれ高知県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等を定める条例(平成25年高知県条例第8号)第140条第1項及び第2項の指定通所リハビリテーション事業所である診療所を、「予防条例第121条第1項診療所」及び「予防条例第121条第2項診療所」とは、それぞれ高知県指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営等に関する基準等を定める条例(平成25年高知県条例第9号)第121条第1項及び第2項の指定介護予防通所リハビリテーション事業所である診療所をいいます。
- 3 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別業に記載した書類を添えてください。
- 5 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。
- 6 介護老人保健施設が行うものについては、介護保険法第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、申請の必要はありません。



別紙8-1

短期入所生活介護 事業所の指定に係る記載事項（単独型）  
 介護予防短期入所生活介護

受付番号

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 - ) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)							
	連絡先	電話番号			ファクシミリ番号				
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 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	年	月	日					
	当該事業所内で兼務する他の職種（兼務の場合に記入してください。）								
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合に記入してください。）		名称			兼務する職種及び勤務時間等				
利用者の推定数									
従業者の職種及び員数		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入項目等				基準上の必要数値		適合の可否			
居室	1室当たりの最大定員			人	人以下				
	利用者1人当たりの最小床面積			m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上				
食堂及び機能訓練室の合計面積				m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup> 以上			
廊下	片廊下の幅			m	m以上				
	中廊下の幅			m	m以上				
耐火建築物又は準耐火建築物の別									
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	

- 注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄並びに「設備基準上の数値記入項目等」の「基準上の必要数値」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 3 「協力医療機関」とは、高知県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等を定める条例（平成25年高知県条例第8号）第166条（同条例第184条において準用する場合を含む。）又は高知県指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営等に関する基準等を定める条例（平成25年高知県条例第9号）第141条（同条例第163条において準用する場合を含む。）の協力医療機関をいいます。
- 4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別業に記載した書類を添えてください。
- 5 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。

別紙 8-2

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)  
 介護予防短期入所生活介護

受付番号

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 - ) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)									
	連絡先	電話番号					ファクシミリ番号				
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 号											
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )						
	氏名			同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務 (兼務の場合に記入し てください。)	名称						
	生年月日	年	月		日	兼務する職種及 び勤務時間等					
	空床利用型又は併設事業所 型の別		空床利用型 ・ 併設事業所型			本体施設の種 別及び名称					
入所者数	人 (定員数を記入してください。)			短期入所利用者数	人 (推定数を記入してください。)						
従業者の職種及び員数		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	専従	※兼務
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											
		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						
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)										
基準上の必要人数 (人)											
適合の可否											
設備基準上の数値記入項目				基準上の必要数値				適合の可否			
居室	居室	1室当たりの最大定員		人		人以下					
		利用者1人当たりの最小床面積		㎡		㎡以上					
	廊下	食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡		㎡以上					
		片廊下の幅		m		m以上					
	中廊下の幅		m		m以上						
主な 揭示 事項	入所定員		人		短期入所利用定員		人				
	利用料	法定代理受領分									
		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	

- 注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄並びに「設備基準上の数値記入項目」の「基準上の必要数値」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 「空床利用型又は併設事業所型の別」欄は、該当するもののいずれか一方又は両方を○で囲んでください。
- 3 「従業者の職種及び員数」の「※兼務」欄は、本体施設以外との兼務を行う職員について記入してください。
- 4 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 5 「協力医療機関」とは、高知県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等を定める条例 (平成25年高知県条例第8号) 第166条 (同条例第184条において準用する場合を含む。) 又は高知県指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営等に関する基準等を定める条例 (平成25年高知県条例第9号) 第141条 (同条例第163条において準用する場合を含む。) の協力医療機関をいいます。
- 6 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別葉に記載した書類を添えてください。
- 7 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。
- 8 介護老人福祉施設の指定に係る申請と同時に申請する場合は、この様式への記入を省略して構いません。
- 9 この様式は、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本体施設である特別養護老人ホーム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。

別紙8-3

短期入所生活介護 事業所の指定に係る記載事項 ( 本体施設特別養護老人ホーム以外併設事業所型 )  
 介護予防短期入所生活介護

受付番号

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	( 郵便番号 - ) 高知県 市 郡 ( ビルの名称等 )										
	連絡先	電話番号					ファクシミリ番号					
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 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	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 ( 兼務の場合に記入してください。 )	名称	兼務する職種及び勤務時間等									
本体施設の種別及び名称												
入所 ( 入院 ) 者数	人 ( 推定数を記入してください。 )				短期入所利用者数	人 ( 推定数を記入してください。 )						
従業者の職種及び員数				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			
本体施設及び併設事業所等従事人数	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 )												
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		栄養士を配置していない場合の措置		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
本体施設及び併設事業所等従事人数	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 )											
基準上の必要人数 ( 人 )												
適合の可否												
設備基準上の数値記入項目等				基準上の必要数値				適合の可否				
居室	1 室当たりの最大定員			人		人以下						
	利用者 1 人当たりの最小床面積			㎡		㎡以上						
	食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡		㎡以上						
廊下	片廊下の幅			m		m 以上						
	中廊下の幅			m		m 以上						
建物の構造概要及び面積												

主な揭示事項	入所 ( 入院 ) 定員	人	短期入所利用定員	人
	利用料	法定代理受領分		
		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	

- 注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄並びに「設備基準上の数値記入項目等」の「基準上の必要数値」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 3 「協力医療機関」とは、高知県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等を定める条例 ( 平成25年高知県条例第8号 ) 第166条 ( 同条例第184条において準用する場合を含む。 ) 又は高知県指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営等に関する基準等を定める条例 ( 平成25年高知県条例第9号 ) 第141条 ( 同条例第163条において準用する場合を含む。 ) の協力医療機関をいいます。
- 4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別葉に記載した書類を添えてください。
- 5 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。
- 6 この様式は、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。

別紙9

短期入所療養介護 事業所の指定に係る記載事項  
 介護予防短期入所療養介護

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ																
	名称																
	所在地	(郵便番号 - ) 高知県 市 郡															
		(ビルの名称等)															
	連絡先	電話番号					ファクシミリ番号										
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文												第	条	第	項	第	号
事業所種別	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又は診療所																
	④ 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院																
	⑤ 診療所 (②又は③の場合を除く。)																
申請に係る病棟部分の入院患者又は入所者の定員												人					
申請に係る病棟部分の入院患者又は利用者の推定数 (上記④又は⑤に該当する場合に記入してください。)												人					
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 - )										
	氏名																
	生年月日	年	月	日													
申請に係る病棟部分の従業者の職種及び員数 (上記④又は⑤に該当する場合に記入してください。)	担当医師											1看護単位当たりの病床数					
	看護職員	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務						
	介護職員	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務						
	理学療法士及び作業療法士	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務						
	精神保健福祉士等	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)																	
基準上の必要人数 (人)																	
適合の可否																	
申請に係る病棟 (病室) 部分の設備基準上の数値記入項目 (上記④又は⑤に該当する場合に記入してください。)												基準上の必要数値	適合の可否				
④ 病室	1病室の最大病床数				床	床以下											
	入院患者1人当たりの最小床面積				m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上											
	老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床面積				m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上											
	廊下	片廊下の幅				m	m以上										
		中廊下の幅				m	m以上										
	生活機能回復訓練室の面積				m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上											
	デイルーム及び面会室の合計面積				m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上											
⑤ 利用者1人当たりの床面積					m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上											
主な揭示	利用料	法定代理受領分															
	料	法定代理受領分以外															
	不	その他の費用															

事項	通常の送迎の実施地域	
----	------------	--

- 注 1 「受付番号」欄、「申請に係る病棟部分の従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄並びに「申請に係る病棟 (病室) 部分の設備基準上の数値記入項目」の「基準上の必要数値」欄及び「事業所種別」欄は、該当する項目の欄に「○」を記入してください。
- 2 「事業所種別」欄は、該当する項目の欄に「○」を記入してください。
- 3 「申請に係る病棟部分の入院患者又は入所者の定員」欄は、申請に係る施設のうち、短期入所療養介護に供する部分の定員について記入してください。
- 4 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別業に記載した書類を添えてください。
- 6 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。
- 7 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、介護保険法第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、申請の必要はありません。

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

受付番号

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 - )									
		高知県 市 郡 (ビルの名称等)									
連絡先	電話番号					ファクシミリ番号					
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 号											
施設区分	有料老人ホーム			施設開設年月日	年 月 日						
	軽費老人ホーム			施設開設年月日	年 月 日						
	高齢者専用賃貸住宅			施設開設年月日	年 月 日						
	養護老人ホーム			施設開設年月日	年 月 日						
入居者の要件	介護専用型										
	介護専用型以外										
サービスの提供形態	一般型										
	外部サービス利用型										
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )					
	氏名										
	生年月日	年 月 日									
	当該事業所内で兼務する他の職種 (兼務の場合に記入してください。)										
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合に記入してください。)	名称										
	兼務する職種及び勤務時間等										
利用者数	人 (前年の平均値 (新規の場合は、推定数) を記入してください。)										
	要介護者	人			要支援者	人					
従業者の職種及び員数	生活相談員	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	非常勤 (人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤換算後の人数 (人)										
	基準上の必要人数 (人)										
適合の可否											
主な揭示事項	入居定員	人									
	居室数	室									
	利用料	法定代理受領分									
	その他の費用	法定代理受領分以外									
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						
建物の構造概要	耐火建築物又は準耐火建築物の別										
	介護居室の1室当たりの最大定員			基準上の必要数値		適合の可否					

	人	人以下
--	---	-----

- 注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄並びに「建物の構造概要」の「介護居室の1室の最大定員」の「基準上の必要数値」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 「施設区分」欄、「入居者の要件」欄及び「サービスの提供形態」欄は、該当する項目の欄に「○」を記入してください。
- 3 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 4 「協力医療機関」とは、高知県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等を定める条例 (平成25年高知県条例第8号) 第238条第1項又は高知県指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例 (平成25年高知県条例第9号) 第219条第1項の協力医療機関をいいます。
- 5 高知県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等を定める条例第238条第2項又は高知県指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例第219条第2項の協力歯科医療機関がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記入してください。
- 6 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別葉に記載した書類を添えてください。
- 7 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。

別紙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

受付番号

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 - ) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号		
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 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	年 月 日			
	当該事業所内で兼務する他の職種 (兼務の場合に記入してください。)				
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務 (兼務の場合に記入し てください。)	名称	兼務する職 種及び勤務 時間等		
利用者の推定数	人				
従業者の職種及び員数	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				
	取り扱う種目	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	
		自動排世処理装置	その他		
	利用料	法定代理受領分			
		法定代理受領分以外			
		その他の費用			
	通常の事業の実施地域				

- 注 1 「受付番号」欄並びに「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 「主な掲示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別葉に記載した書類を添えてください。
- 4 専門相談員のうち、都道府県知事が同等以上の講習を受けたと認める者に当たる者がいる場合は、当該

者については、講習会のカリキュラム及び修了を証する書類の写しを添えてください。

5 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。

別紙12

特定福祉用具販売 事業所の指定に係る記載事項  
 特定介護予防福祉用具販売

受付番号

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 - ) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号		
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 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	年 月 日			
	当該事業所内で兼務する他の職種（兼務の場合に記入してください。）				
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合に記入してください。）		名称			
		兼務する職種及び勤務時間等			
利用者の推定数		人			
従業者の職種及び員数		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					
主な揭示事項	営業日				
	営業時間				
	取り扱う種目	腰掛便座	自動排泄処理装置の交換可能部品	入浴補助用具	
		簡易浴槽	移動用リフトのつり具部分		
販売費用の額					
その他の費用					
通常の事業の実施地域					

- 注 1 「受付番号」欄並びに「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別葉に記載した書類を添えてください。
- 4 専門相談員のうち、都道府県知事が同等以上の講習を受けたと認める者に当たる者がいる場合は、当該者については、講習会のカリキュラム及び修了を証する書類の写しを添えてください。
- 5 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。

別紙13

介護老人福祉施設の指定に係る記載事項

受付番号

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 - ) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)									
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号								
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 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	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（兼務の場合に記入してください。）		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（推定数を記入してください。）		短期入所利用者数	人（推定数を記入してください。）						
従業者の職種及び員数		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		
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		栄養士を配置していない場合の措置			
		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）							
基準上の必要人数（人）		適合の可否									
設備基準上の数値記入項目		介護老人福祉施設				短期入所生活介護					
		基準上の必要数値		適合の可否		基準上の必要数値		適合の可否			
居室	1室当たりの最大定員	人	人以下		人	人以下					
	利用者1人当たりの最小床面積	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上					
食堂及び機能訓練室の合計面積		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上					
廊下	片廊下の幅	m	m以上		m	m以上					
	中廊下の幅	m	m以上		m	m以上					
主な揭示事項	入所（利用）定員		人		人						
	利用料	法定代理受領分									
		法定代理受領分以外									
		その他の費用									
協力病院	名称				主な診療科名						
	名称				主な診療科名						

名称	主な診療科名
----	--------

- 注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄並びに「設備基準上の数値記入項目」の「基準上の必要数値」欄及び「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 「短期入所生活介護の実施の有無」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 3 「事業の実施形態」欄は、該当するものはいずれか一方又は両方を○で囲んでください。
- 4 「従業者の職種及び員数」の「※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入してください。
- 5 短期入所生活介護を実施していない場合は、「短期入所生活介護」の「設備基準上の数値記入項目」欄及び「主な揭示事項」欄の各項目については、記入する必要はありません。
- 6 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 7 「協力病院」とは、高知県指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成25年高知県条例第10号）第36条第1項（同条例第58条において準用する場合を含む。）の協力医療機関をいいます。
- 8 高知県指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例第36条第2項（同条例第58条において準用する場合を含む。）の協力歯科医療機関がある場合は、「協力病院」欄に併せて記入してください。
- 9 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別葉に記載した書類を添えてください。
- 10 この様式に係る指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。
- 11 この様式は、介護保険法の施行後に新たに設置された介護老人福祉施設の指定に係る申請に使用してください。

別紙14

介護老人保健施設の許可に係る記載事項（その1）

受付番号	
------	--

施設	フリガナ										
	名称										
所在地	(郵便番号 - )										
	高知県 市 郡										
(ビルの名称等)											
連絡先	電話番号					ファクシミリ番号					
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 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	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（兼務の場合に記入してください。）											
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の予定数			人		
従業者の職種及び員数											
		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		
介護老人福祉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											
		理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士		栄養士		支援相談員		介護支援専門員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
介護老人福祉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											



介護老人保健施設の許可に係る記載事項（その2）

施設を共用する事務所等の名称（共用する場合に記入してください。）		フリガナ				
		名称				
設備基準上の数値記入項目						
療養室	1室当たりの最大定員	人	人	以下		
	入所者1人当たりの最小床面積	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	以上		
廊下	片廊下の幅	m	m	以上		
	中廊下の幅	m	m	以上		
機能訓練室の面積		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	以上		
食堂の面積		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	以上		
主な揭示事項	入所定員	人				
	利用料 法定代理受領分					
	利用料 法定代理受領分以外					
	利用料 その他の費用					
通所リハビリテーションの状況						
従業者の職種及び員数		理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	看護職員	介護職員
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						
専門の部屋等の面積		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		単位ごとの実施時間 (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : )				
利用定員		人 (単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人)				
利用料	法定代理受領分					
	法定代理受領分以外					
	その他の費用					
通常の事業の実施地域						
協力病院	名称		主な診療科名			
	名称		主な診療科名			
	名称		主な診療科名			

- 注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄、「設備基準上の数値記入項目」の「基準上の必要数値」欄及び「適合の可否」欄並びに「通所リハビリテーションの状況」の「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄並びに「専門の部屋等の面積」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 「通所リハビリテーションの実施の有無」欄及び「短期入所療養介護の実施の有無」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 3 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 4 通所リハビリテーションを実施していない場合は、「通所リハビリテーションの状況」欄の各項目については、記入する必要はありません。
- 5 「通所リハビリテーションの状況」の「従業者の職種及び員数」欄の員数については、総数を記入してください。
- 6 「協力病院」とは、高知県介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例（平成25年高知県条例第11号）第35条第1項の協力病院をいいます。
- 7 高知県介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例第35条第2項の協力

- 歯科医療機関がある場合は、「協力病院」欄に併せて記入してください。
- 8 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別業に記載した書類を添えてください。
- 9 この様式に係る介護保健施設サービス以外のサービスを実施する場合は、当該介護保健施設サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。

別紙15

介護医療院の許可に係る記載事項（その1）

受付番号

施設	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 - ) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)										
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号									
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 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	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（兼務の場合に記入してください。）	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の予定数		人						
従業者の職種及び員数		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			
介護老人福祉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												
		理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士		栄養士		支援相談員		介護支援専門員				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
介護老人福祉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												

介護医療院の許可に係る記載事項（その2）

施設を共用する事務所等の名称（共用する場合に記入してください。）		フリガナ				
		名称				
設備基準上の数値記入項目			基準上の必要数値	適合の可否		
療養室	1室当たりの最大定員		人	人以下		
	入所者1人当たりの最小床面積		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上		
廊下	片廊下の幅		m	m以上		
	中廊下の幅		m	m以上		
機能訓練室の面積			m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上		
食堂の面積			m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上		
主な揭示事項	入所定員	人				
	利用料	法定代理受領分				
		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						
従業者の職種及び員数		理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	看護職員	介護職員
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						
専門の部屋等の面積		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	単位ごとの実施時間 (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : )					
利用定員	人 (単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人)					
利用料	法定代理受領分					
	法定代理受領分以外					
	その他の費用					
通常の事業の実施地域						
協力病院	名称				主な診療科名	
	名称				主な診療科名	
	名称				主な診療科名	

- 注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄、「設備基準上の数値記入項目」の「基準上の必要数値」欄及び「適合の可否」欄並びに「通所リハビリテーションの状況」の「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄並びに「専門の部屋等の面積」の「基準上の必要人数」欄及び「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 「通所リハビリテーションの実施の有無」欄及び「短期入所療養介護の実施の有無」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 3 「主な揭示事項」欄については、この様式への記入を省略し、別添資料として添えて差し支えありません。
- 4 通所リハビリテーションを実施していない場合は、「通所リハビリテーションの状況」欄の各項目については、記入する必要はありません。
- 5 「通所リハビリテーションの状況」の「従業者の職種及び員数」欄の員数については、総数を記入してください。
- 6 「協力病院」とは、高知県介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例（平成25年高知県条例第11号）第35条第1項の協力病院をいいます。
- 7 高知県介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例第35条第2項の協力

歯科医療機関がある場合は、「協力病院」欄に併せて記入してください。

8 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。

9 この様式に係る介護保健施設サービス以外のサービスを実施する場合は、当該介護保健施設サービス部分とそれ以外のサービス部分との料金の状況が分かる料金表を提出してください。

別記第1号様式の2を次のように改める。

**第1号様式の2**（第2条関係）

受付番号	
------	--

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

高知県知事 様

年 月 日

申請者 主たる事務所の所在地（住所）

名称  
代表者の職・氏名（氏名）

㊟

介護保険法第70条の2第1項（第86条の2第1項・第94条の2第1項・第108条第1項・第115条の11において読み替えて準用する同法第70条の2第1項）（介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成23年法律第72号）附則第37条に規定する平成18年旧介護保険法第107条の2第1項）の規定による事業所（施設）に係る指定（許可）の更新を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

事業所（施設）所在地市町村番号	
-----------------	--

申請者	フリガナ					
	名称（氏名）					
	主たる事務所の所在地（住所）	(郵便番号 ー )				
		都道 市郡 府県 区				
	(ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号				ファクシミリ番号
法人の種別			法人所管庁			
代表者の職・氏名及び生年月日	職名	フリガナ			生年月日	年 月 日
		氏名				
代表者の住所	(郵便番号 ー )					
	都道 市郡 府県 区					
(ビルの名称等)						
事業所(施設)	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 ー )				
		高知県 市郡				
	(ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号				ファクシミリ番号
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業所を有する場合						
	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 ー )				
高知県 市郡						
(ビルの名称等)						

	連絡先	電話番号				ファクシミリ番号	
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 ー )	
	氏名						
	生年月日	年	月	日			
事業等の種類							
現に受けている指定（許可）の有効期間満了日						年	月 日
介護保険事業所番号							
上記の事項のほか、介護保険法施行規則第114条第2項等に規定する事項を記載した書類							別添のとおり

- 注 1 「受付番号」欄及び「事業所（施設）所在地市町村番号」欄は、記入しないでください。  
 2 「申請者」の「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、公益社団法人、公益財団法人、一般社団法人、一般財団法人、株式会社等の別を記入してください。  
 3 「申請者」の「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合はその所管庁等の名称を、公益法人である場合はその公益認定をした行政庁の名称を記入してください。  
 4 別添の関係書類については、指定（許可）申請の際に準じて添えてください。



別記第7号様式の次に次の1様式を加える。

**第7号様式の2**（第7条関係）

介護医療院管理者承認申請書

年 月 日

高知県知事 様

開設者 主たる事務所の所在地（住所）

名称  
代表者の職・氏名（氏名）

㊟

介護保険法第109条の規定により介護医療院の管理者の承認を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

		介護保険事業所番号																		
申請に係る施設	名称																			
	所在地	(郵便番号 - )																		
管理者になろうとする者	氏名																			
	住所	(郵便番号 - )																		
	資格																			
申請理由		1 新規開設のため 2 管理者の変更のため																		

- 注 1 「申請理由」欄は、該当する項目の番号を○で囲んでください。  
 2 管理者になろうとする者の経歴等を記載した書類を添えてください。

別記第8号様式の次に次の1様式を加える。

**第8号様式の2**（第8条関係）

介護医療院広告事項許可申請書

年 月 日

高知県知事 様

開設者 主たる事務所の所在地（住所）

名称  
代表者の職・氏名（氏名）

㊞

介護保険法第112条第1項第4号の規定により介護医療院の広告事項の許可を受けたいので、次のとおり申請します。

介護保険事業所番号	
許可を受けようとする広告事項	
広告の内容	
広告の方法	

**附 則**

この規則は、公布の日から施行する。