

指定（許可）更新申請関係書類記入要領

<注意事項>

- ・ 氏名、住所等を記入する場合の文字について、正式な本来の表記が旧字体や異字体の場合、略字での記入や新字体での置き換えはせず、必ず本来の文字等で記入してください（戸籍や住民票、登記簿等に標記されている文字表記を使用してください）。

例 漢字：齋藤→齊藤、國→国、壽→寿、カナ：エ→エ、キ→イと略したり、置き換えたりしない。

- ・ 郵便番号を記入する際は、住所との整合性が取れているか十分に確認してください。
- ・ 住所の番地等を記入する際は、住民票や戸籍、登記簿等に記載されている本来の表記にて記入してください。

例：三丁目2番地1号→3-2-1などと略さない。

- ・ 面積や幅等の数値、常勤換算後の人数については小数点以下第2位まで記入してください。

1.様式共通

- ・ ※印の欄は記入しないでください。
- ・ □のある項目については、該当するものをチェック☑してください。

介護保険事業所番号	事業所の介護保険事業所番号を10桁の算用数字で記入してください。 (上2桁については02固定)
事業所名	介護保険事業所番号に対応する事業所の名称を記入してください。

2.指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者・指定居宅介護支援事業者・介護保険施設指定（許可）更新申請書（様式K01）

※以下、「更新申請書」と表記します。

- ・ 表中の必要事項を記入し、申請者（開設者）の所在地、名称、代表者の職・氏名を記入の上、代表者印を押印してください。
- ・ 提出は1事業所につき1部（事業所番号毎に1部）で構いませんが、「今回更新を受けるサービス」欄に、記入例のとおり、今回更新を受けるサービス名等を全て記入してください。

申請者（開設者）	
名称（フリガナ）	申請者（開設者）の名称を記入し、フリガナを付してください。
所在地（フリガナ）	申請者（開設者）の所在地を記入し、フリガナを付してください。 「都道府県」「区市郡」「区町村」については該当するものを○で囲んでください。
連絡先	申請者（開設者）の連絡先電話番号、FAX番号を記入してください。 なお、FAXの設置がない場合は空欄とせずに「なし」と記入してください。
法人種別	申請者（開設者）の法人種別を記入してください。 なお、法人以外の場合は記入不要です。
代表者	
氏名（フリガナ）	代表者の氏名を記入し、フリガナを付してください。
生年月日	代表者の生年月日を記入してください。 年号については該当するものを○で囲んでください。
役職名	代表者の役職名を記入してください。 (例：理事長、会長、代表取締役社長など)
住所（フリガナ）	代表者の郵便番号、住所を記入し、フリガナを付してください。

		「都道府県」「区郡市」「区町村」については該当するものを○で囲んでください。
	連絡先	代表者の電話番号、FAX 番号を記入してください。 なお、FAX の設置がない場合は空欄とせずに「なし」と記入してください。
事業所		
	介護保険事業所番号	事業所の介護保険事業者番号を 10 桁の算用数字で記入してください。 (上 2 桁については 02 固定)
	名称 (フリガナ)	当該事業所の名称を記入し、フリガナを付してください。 ※必ず介護保険での指定を受けている事業所名とし、“通称”等での記入はしないでください。
	所在地 (フリガナ)	当該事業所の所在地を記入し、フリガナを付してください。 「都道府県」「市郡」「町村」については該当するものを○で囲んでください。
	連絡先	当該事業所の連絡先電話番号、FAX 番号を記入してください。 なお、FAX の設置がない場合は空欄とせずに「なし」と記入してください。
	今回更新を受けるサービス	記入例のように、今回更新を受けるサービスの種類を全て記入し、それぞれの指定 (許可) 年月日、事業開始年月日及び指定 (許可) 有効期間満了日を記入してください。

3.更新申請に係る申出事項 (様式 K02-1-11~K02-1-53B)

- 書類はサービス種類別 (全 17 種類) となっていますので、更新申請書に記入した「今回更新を受けるサービス」種類に該当するもの全てについて 1 部ずつ提出してください。ただし、同種の居宅サービスと介護予防サービスとを同時に更新申請する場合は、同種のサービスごとに併せて 1 部を提出してください。

様式共通		
	介護保険事業所番号	事業所の介護保険事業者番号を 10 桁の算用数字で記入してください。 (上 2 桁については 02 固定) 必ず「更新申請書」に記入した事業所番号と同じものを記入してください。
	事業所名	当該事業所の事業所名を記入してください。 必ず「更新申請書」に記入した事業所名と同じものを記入してください。
管理者		
	氏名	管理者の氏名を記入し、フリガナを付してください。
	生年月日	管理者の生年月日を記入してください。 年号については該当するものを○で囲んでください。
	役職名	事業所や会社等における役職がある場合は役職名を記入してください。(例: 所長、園長、部長、課長など)
	住所	管理者の郵便番号、住所を記入し、フリガナを付してください。 「市郡」「町村」については該当するものを○で囲んでください。
	連絡先	管理者の電話番号、FAX 番号を記入してください。 なお、FAX の設置がない場合は空欄とせずに「なし」と記入してください。
	兼務の有無	同一事業所内での他職種との兼務又は同一敷地内他事業所等の職員兼務の有無について、該当するものをチェック☑し、兼務ありの場合は、兼務先の事業所名や職種、勤務時間等を記入してく

	異なるなど特殊事情がある場合はその旨備考欄に記入してください)等について記入又は該当項目をチェック☑してください。 3単位以上実施している場合は、適宜様式を追加して記入してください。
(介護予防) 通所リハビリテーション (様式 K02-1-16)	
事業所種別	該当する事業所の種別についてチェック☑してください。
医師数、利用者数等	医師数(専従・兼務の別)、1日あたりの総利用者数、利用者定員及び専用の部屋等の面積について記入してください。
実施単位数	実施しているサービス単位数を記入してください。
サービス単位	実施しているサービス単位ごとの利用定員、従業者及びサービス提供時間(曜日によってサービス提供時間が異なるなど特殊事情がある場合はその旨備考欄に記入してください)を記入してください。 3単位以上実施している場合は、適宜様式を追加して記入してください。
(介護予防) 福祉用具貸与 (様式 K02-1-17)、特定(介護予防) 福祉用具販売 (様式 K02-1-18)	
取扱種目	該当する取り扱い種目全てをチェック☑してください。
(介護予防) 短期入所生活介護 (様式 K02-1-21)	
実施形式	該当する実施形式をチェック☑し、以後はチェックした実施形式ごとに必要な項目のみを記入してください。
ユニット体制	ユニット型の有無について、該当するものをチェック☑してください。
利用者数、入所者数・本体施設種別等	利用者の推計数、本体施設の種別及び入所者数・短期入所利用者数を記入してください。
栄養士を配置しない場合の措置	従業者について、栄養士を配置しない場合の適切な栄養管理を行うための措置について記入してください。
(介護予防) 短期入所療養介護 (様式 K02-1-23)	
事業所種別	該当する事業所の種別についてチェック☑してください。
入院患者、利用者定員、病床数等	入院患者・利用者定員、入院患者数、1看護単位あたりの病床数を記入してください。
ユニット体制	ユニット型の有無について、該当するものをチェック☑してください。
(介護予防) 居宅療養管理指導 (様式 K02-1-31)	
病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションの別	病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションの別を記入してください。
(介護予防) 特定施設入居者生活介護 (様式 K02-1-33)	
施設区分等	該当する施設の区分についてチェック☑し、施設開設年月日、入居者要件、サービス提供形態について記入及びチェック☑してください。
利用者数	利用者の全体数及び要介護者、要支援者の内訳人数を記入してください。
建物の構造・概要	建物の構造を記入し、該当する耐火構造区分にチェック☑してください。 また、介護居室1室の最大定員を記入してください。
居宅介護支援 (様式 K02-1-43)	
利用者数	当該事業所の担当している利用者数を記入してください。
介護老人福祉施設 (様式 K02-1-51)	
入所者数	当該施設の利用者数を記入してください。
短期入所生活介護の有無	短期入所生活介護の実施の有無についてチェック☑し、実施ありの場合は事業の実施形態、利用者数をチェック及び記入してください。

ユニット体制	ユニット型の有無について、該当するものをチェック☑してください。
栄養士を配置しない場合の措置	従業者について、栄養士を配置しない場合の適切な栄養管理を行うための措置について記入してください。
介護老人保健施設（様式 K02-1-51）	
入所者数	当該施設の入所者数を記入してください。
短期入所療養介護の有無	短期入所療養介護の有無についてチェック☑してください。
通所リハビリテーションの有無	通所リハビリテーションの有無についてチェック☑してください。※実施ありの場合は別紙「通所リハビリテーション状況」へも記入してください。
ユニット体制	ユニット型の有無について、該当するものをチェック☑してください。
施設を共用する事業所等の名称	当該施設を共用している事業所等の名称を記入し、フリガナを付してください。
別紙「通所リハビリテーション状況」	通所リハビリテーションの利用定員、1日あたりの利用者予定数及び専用の部屋等の面積等について記入してください。 また、実施しているサービス単位ごとの利用定員、サービス提供時間（曜日によってサービス提供時間が異なるなど特殊事情がある場合はその旨備考欄に記入してください）について記入してください。 なお、3単位以上実施している場合は、適宜様式を追加して記入してください。
介護療養型医療施設-病院（様式 K02-1-53A）	
施設開設年月日	施設の開設年月日を記入してください。 年号については該当するものを○で囲んでください。
病棟単位	申請する病棟単位ごとに記入してください。 なお、複数の病棟単位で申請する場合は、適宜様式を追加して記入してください。その際、「単位（ ）」の（ ）内には連番を記入してください。
病棟区分	該当する病棟区分をチェック☑し、以後はチェックした実施形式ごとに必要な項目のみを記入してください。
病床数等及び類型	当該病棟の病床数、申請する病床数、当該病棟の平均入院患者数を記入し、該当する類型にチェック☑してください。
ユニット体制	ユニット型の有無について、該当するものをチェック☑してください。
介護療養型医療施設-診療所（様式 K02-1-53B）	
施設開設年月日	施設の開設年月日を記入してください。 年号については該当するものを○で囲んでください。
病床数及び類型	当該診療所の全病床数、療養病棟の病床数、申請する病床数、療養病床の平均入院患者数を記入し、該当する類型にチェック☑してください。

4.事業所の就業形態・職員の勤務形態一覧（様式 K02-2）

- ・各事業所における就業形態及び当月の職員の勤務形態について、1サービス種類につき1部ずつ作成し提出してください。ただし、同種の居宅サービスと介護予防サービスとを同時に更新申請する場合は、同種のサービスごとに併せて1部を提出してください。
- ・記入が必要な職員は、基準上配置が義務付けられている職種の者全て（登録ヘルパー、嘱託の医師等も含む）となりますので記入漏れのないよう注意してください。
- ・必ず本様式にて作成し提出してください（事業所独自の様式（シフト表や勤務表など）での代替は不可。）。

A.事業所の就業形態

当該事業所において常勤の職員が勤務すべき時間数	当該事業所の就業規則等で定められている常勤職員の勤務すべき週の時間数を記入してください。 例：1日8時間で週5日勤務の場合→ $8 \times 5 = 40$ 時間 1日7時間で週5.5日（土曜半日）勤務の場合 → $7 \times 5.5 = 38.5$ 時間
当該事業所における職員の勤務パターン	当該事業所の就業規則等で定められている勤務時間及び休憩時間数のパターンについて全て記入してください。 例：事業所の勤務シフトが、早番 6:00~15:00、日勤 9:00~18:00、遅番 14:00~23:00、夜勤 22:00~7:00 の場合（何れも休憩1時間を含む）、①6:00~15:00（休憩時間1時間）、②9:00~18:00（休憩時間1時間）、③14:00~23:00（休憩時間1時間）、④22:00~7:00（休憩時間1時間）と記入。

B.職員の勤務形態

名前	職員の氏名を記入し、フリガナを付してください。
職種	当該事業所での勤務職種を記入してください。 ※当該介護サービス種類における基準上必要となる職種にて記入してください。
資格	当該職種に従事するにあたり必要となる基準上の資格要件のうち、当該職員の有している資格について記入してください。 なお、要件に該当する資格を複数有している場合は、最も上位の資格を記入してください。
勤務形態	次に掲げる勤務形態のうち、該当するものを記入してください。 A常勤専従、B常勤兼務、C非常勤専従、D非常勤兼務
兼務の場合の事業所名、職種	当該職員が他事業所等の職員と兼務している又は同一事業所内の他職種と兼務している場合、その兼務先の事業所名及び職種を記入してください。
「平成 年 月分」欄	前項「当該事業所における職員の勤務パターン」に記入した①～⑩に応じて、当該職員の申請月における勤務予定を記入してください（①～⑩の記号で記入）。 なお、特にシフト等の定められていない場合や登録ヘルパーなどの場合は「勤務する実時間」（休憩時間を除く）を記入してください。 また、休日・休暇日については「休」と記入してください。
週平均の勤務時間	当該職員の週平均の勤務時間数を記入してください。
常勤換算後の人数	常勤換算が必要な職種について、常勤換算後の人数を記入してください。

5.当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧（様式 K02-3）

- 介護支援専門員の配置が必要なサービス種類（居宅介護支援、（介護予防）特定施設入居者生活介護、介護保険施設3種）の場合作成し提出してください。
- あくまでも介護支援専門員としての配置が基準上義務付けられているサービスの場合であって、単に介護支援専門員の資格を有する職員について記入するものではありませんので注意願います。

名前	介護支援専門員の氏名を記入し、フリガナを記してください。
介護支援専門員番号	8桁の介護支援専門員番号を算用数字で記入してください。 ※終了証明書の番号ではなく、平成18年4月以降に新たに付番された番号を記入してください。なお、番号に誤りがないか十分

	に確認してください。
終了証明書の交付元	終了証明書の交付を受けた自治体名を記入してください。
就労開始年月日	当該事業所で介護支援専門員として就労を開始した年月日を記入してください。 ※あくまでも「介護支援専門員」の配置が基準上必要となる事業所において、介護支援専門員としての職種にて就労開始した年月日を記入してください。 例：平成 17 年度に資格取得。 当該施設へ採用となり、平成 18 年 4 月 1 日より一般の介護職員として勤務。 平成 19 年 4 月より「介護支援専門員」として勤務、現在に至る。 →介護支援専門員一覧へ掲載し、就労開始年月日は「平成 19 年 4 月 1 日」とする。
就労形態	次に掲げる勤務形態のうち、該当するものを記入してください。 常勤専従、常勤兼務、非常勤専従、非常勤兼務 ※「事業所の就業形態・職員の勤務形態一覧」に記載した勤務形態と同じであるか確認してください。

6.誓約書（様式 K03-1~11）

- ・書類は居宅、介護予防、介護支援、施設（3種）別（全6種類）となっていますので、当該事業所のサービス種類のうち今回更新を受けるサービス種類の区分に該当するもの全てについて1部ずつ提出してください。
- ・申請者（開設者）の所在地、名称、代表者の職・氏名を記入の上、代表者印を押印してください。

（誓約書の区分）

- ・介護保険法第 70 条第 2 項各号の規定に該当しない旨の誓約書（様式 K03-1）…居宅サービス事業所
※居宅サービスが複数の場合は、様式 K03-1 は 1 部で構いません。
- ・介護保険法第 115 条の 2 第 2 項各号の規定に該当しない旨の誓約書（様式 K03-11）…介護予防サービス事業所
※介護予防サービスが複数の場合は、様式 K03-11 は 1 部で構いません。
- ・介護保険法第 79 条第 2 項各号の規定に該当しない旨の誓約書（様式 K03-2）…居宅介護支援事業所
- ・介護保険法第 86 条第 2 項各号の規定に該当しない旨の誓約書（様式 K03-3）…介護老人福祉施設
- ・介護保険法第 94 条第 3 項各号の規定に該当しない旨の誓約書（様式 K03-4）…介護老人保健施設
- ・介護保険法第 107 条第 3 項各号の規定に該当しない旨の誓約書（様式 K03-5）…介護療養型医療施設

7.役員名簿（様式 K04）

- ・当該法人の役員全員について記入してください。

氏名（フリガナ）	当該役員の氏名を記入し、フリガナを付してください。
生年月日	当該役員の生年月日を記入してください。 年号については該当するものを○で囲んでください。
役職名・呼称	当該法人における役職名を記入してください。
就任年月日	当該法人での役員就任年月日を記入してください。 年号については該当するものを○で囲んでください。
住所	当該役員の郵便番号、住所を記入し、フリガナを付してください。 「都道府県」「区市郡」「区町村」については該当するものを○で囲んでください。
電話番号・FAX 番号	当該役員の連絡先電話番号、FAX 番号を記入してください。

	なお、FAX の設置がない場合は空欄とせずに「なし」と記入してください。
--	--------------------------------------

8.更新申請に係る提出書類確認書（様式 K00）

- ・ 指定（許可）更新申請の必要提出書類の確認書です。
- ・ 必要書類が全て揃っているかチェック☑し、この様式自体も添付して提出してください。

9.指定（許可）更新申請取下書（様式 K01-2）

- ・ 既に申請済みの指定（許可）更新申請について取下げする場合にのみ記入・提出してください。
- ・ 表中の必要事項を記入し、申請者（開設者）の所在地、名称、代表者の職・氏名を記入の上、代表者印を押印してください。

事業所	
介護保険事業所番号	事業所の介護保険事業者番号を 10 桁の算用数字で記入してください。 (上 2 桁については 02 固定)
名称（フリガナ）	当該事業所の名称を記入し、フリガナを付してください。 ※必ず介護保険での指定を受けている事業所名とし、“通称”等での記入はしないでください。
所在地（フリガナ）	当該事業所の所在地を記入し、フリガナを付してください。 「都道府県」「市郡」「町村」については該当するものを○で囲んでください。
連絡先	当該事業所の連絡先電話番号、FAX 番号を記入してください。 なお、FAX の設置がない場合は空欄とせずに「なし」と記入してください。
更新取り下げをするサービス	今回更新申請をしたサービスのうち取り下げするサービスの種類等にチェック☑してください。
取り下げする理由	今回更新申請を取り下げることになった理由について、該当するものをチェックし、その他の場合は内容を記入してください。