

## 青森県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要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）、介護保険法施行法（平成9年法律第124号。以下「施行法」という。）、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）、介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「施行規則」という。）及び健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有することとされる同法第26条の規定による改正前の介護保険法（以下「旧法」という。）に定めるもののほか、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し必要な事項を定める。

### (指定又は許可の申請等)

第2条 法第70条第1項、第86条第1項、第94条第1項、第107条第1項及び第115条の2第1項の規定による申請は、第1号様式による指定申請書又は許可申請書により行うものとする。

### (指定又は許可の更新等)

第2条の2 法第70条の2第1項（第115条の11において準用する場合を含む。以下同じ。）、第86条の2第1項、第94条の2第1項、第108条第1項及び旧法第107条の2第1項の規定による申請は、様式K01による指定（許可）更新申請書により行うものとする。

### (指定居宅サービス事業者の特例に係る別段の申出)

第3条 法第71条第1項ただし書及び第72条第1項ただし書（第115条の11において準用する場合を含む。）の規定による指定を不要とする旨の申出は、第2号様式による指定を不要とする旨の申出書により行うものとする。

### (変更の届出等)

第4条 法第75条第1項、第89条、第99条第1項、第113条第1項、第115条の5第1項及び旧法第111条の規定による届出は、変更に係るものにあつては、第3号様式による変更届出書により、再開に係るものにあつては、第3号の2様式による再開届出書により、それぞれ行うものとする。

2 法第75条第2項、第99条第2項、第113条第2項及び第115条の5

第2項の規定による廃止又は休止の届出にあつては、第4号様式による廃止・休止届出書により行うものとする。

(指定の辞退)

第5条 法第91条及び旧法第113条の規定による指定の辞退は、第5号様式による指定辞退届出書により行うものとする。

(介護老人保健施設及び介護医療院の開設許可事項の変更申請)

第6条 法第94条第2項及び第107条第2項に規定する許可の申請は、第6号様式による介護老人保健施設・介護医療院開設許可事項変更申請書により行うものとする。

(介護老人保健施設及び介護医療院の管理者の承認申請)

第7条 法第95条及び第109条の規定による承認の申請は、第7号様式による介護老人保健施設・介護医療院管理者承認申請書により行うものとする。

(介護老人保健施設及び介護医療院の広告の許可の申請)

第8条 法第98条第1項第4号及び第112条第1項第4号の事項に係る許可の申請は、第8号様式による介護老人保健施設・介護医療院広告事項許可申請書により行うものとする。

(指定介護療養型医療施設の指定の変更申請)

第9条 旧法第108条第1項の規定による申請は、第9号様式による指定介護療養型医療施設指定変更申請書により行うものとする。

(市町村等への情報提供)

第10条 知事は、第二条から前条までの規定による指定若しくは許可又は届出若しくは申出の受理(以下この条において指定等)という。)をしたときは、市町村、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して、当該指定等に係る事業所又は施設に関する情報のうち、次に掲げる事項を提供することができる。

一 事業所又は施設の名称及び所在地

二 当該事業所又は施設の指定又は許可の申請者又は開設者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び所(当該申請に係る事業所又は施設が法人以外の者の開設する病院又は診療所であるときは、開設者の氏名及び住所)

- 三 指定年月日又は許可年月日
- 四 指定更新年月日又は許可更新年月日
- 五 事業開始年月日
- 六 運営規程
- 七 介護保険事業所番号

- 2 前項の規定は、法第71条第1項本文及び第72条第1項本文（第115条の11において準用する場合を含む。）の指定に係る情報について準用する。
- 3 知事は、第1項（前項において準用する場合を含む）の情報の提供に関する業務の全部又は一部を他の機関に委託する情報の提供に関する業務の全部又は一部を他の機関に委託することができる。

（指定居宅サービス事業所に関する経過措置）

第11条 第3条の規定は、施行法第4条ただし書及び第5条ただし書の規定による申出について準用する。

（実施細目）

第12条 この要綱に規定するもののほか、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し必要な事項は、別に定める。

（介護保険の実施のための必要な準備）

第13条 知事は、この要綱の施行日前においても、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し必要な業務を行うことができる。

附 則

この要綱は、平成21年5月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成25年3月13日から適用する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から適用する。（様式一部改正）

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から適用する。（指定居宅介護支援事業所の削除及び介護医療院に係る規定の追加等）

- 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）申請書  
 介護保険施設

平成 年 月 日

青森県知事 殿 所在地 申請者 名称 印

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。

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 郡市 (ビルの名称等)											
	連絡先	電話番号					FAX番号						
指定 (許可) を受け よう とす る 事 業 所 ・ 施 設 の 種 類	法人の種類				法人所轄庁								
	代表者の職・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 - ) 県 郡市 (ビルの名称等)											
	フリガナ 名称												
指定 (許可) を受け よう とす る 事 業 所 ・ 施 設 の 種 類	事業所等の 所在地	(郵便番号 - ) 青森 県 郡市 (ビルの名称等)											
	事業所等の 連絡先	電話番号					FAX番号						
	E-mailアドレス												
指 定 の 種 類	同一所在地において行う事業等の種類	実施 事業	指定（許可）申請をする事業 等の事業開始予定年月日	既に指定等を受けている事業 等の指定（許可）年月日	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								
	施設 介護老人福祉施設				付表 14								
	施設 介護老人保健施設				付表 15								
	施設 介護医療院				付表 17								
	指 定 の 種 類	介護予防訪問入浴介護				付表 2							
	指 定 の 種 類	介護予防訪問看護				付表 3							
	指 定 の 種 類	介護予防訪問リハビリテーション				付表 4							
	指 定 の 種 類	介護予防居宅療養管理指導				付表 5							
	指 定 の 種 類	介護予防通所リハビリテーション				付表 7							
指 定 の 種 類	介護予防短期入所生活介護				付表 8								
指 定 の 種 類	介護予防短期入所療養介護				付表 9								
指 定 の 種 類	介護予防特定施設入居者生活介護				付表 10								
指 定 の 種 類	介護予防福祉用具貸与				付表 11								
指 定 の 種 類	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													

- 備考
- 1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
  - 2 「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」「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、該当する欄に「○」を記入してください。
  - 5 「指定（許可）申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始（開設）予定年月日を記載してください。
  - 6 「既に指定等を受けている事業等」欄は、介護保険法による指定事業者又は介護保健施設として指定（許可）された年月日（法第71条又は法第72条に基づき指定があったものとみなされたときは、保健医療機関等の指定を受けた年月日、施行法第4条、第5条、第7条及び第8条の規定に基づき指定（許可）があったものとみなされたものについては、「12. 4. 1」）を記載してください。
  - 7 保険医療機関、保健薬局、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。
  - 8 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、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」「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所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。

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

平成 年 月 日

青森県知事 殿

所在地  
申請者 名称  
代表者職・氏名



介護保険法の規定により、介護サービス事業者の指定（許可）更新を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、申請に係る申出事項等については別添のとおり相違ありません。

申請者 (開設者)	(フリガナ) 名称				
	所在地	〒 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span> - <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>			
	連絡先	電話番号	FAX 番号		
	法人種別	法人設立年月日		昭平 年 月 日	
	代表者	(フリガナ) 氏名	生年月日	明大 昭平 年 月 日	役職名
		(フリガナ) 住所	〒 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span> - <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>		
連絡先		電話番号	FAX 番号		
事業所	介護保険 事業所番号	0 2 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>			
	(フリガナ) 名称				
	所在地	〒 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span> - <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>			
	連絡先	電話番号	FAX 番号		
今回更新を受けるサービス	サービスの種類		指定(許可)年月日	事業開始年月日	指定(許可)有効期間満了日
	〔 記入例 訪問介護 〕		H18. 2. 1	H18. 2. 1	H24. 1. 31
	〔 介護老人福祉施設 〕		H18. 4. 1	H18. 4. 1	H24. 3. 31

<注> ※印欄には、記入しないでください。

指定を不要とする旨の届出書

平成 年 月 日

青森県知事 殿

開設者 住所  
(所在地)  
氏名 印  
(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。

保険医療機関コード等									
保険医療機関等	名称								
	種別	<input type="checkbox"/> 保険医療機関			<input type="checkbox"/> 保険薬局				
	所在地								
	電話番号				FAX番号				
管理者	氏名								
	住所								
申出に係る居宅サービスの種類	<input type="checkbox"/> 13 訪問看護								
	<input type="checkbox"/> 63 介護予防訪問看護								
	<input type="checkbox"/> 14 訪問リハビリテーション								
	<input type="checkbox"/> 64 介護予防訪問リハビリテーション								
	<input type="checkbox"/> 31 居宅療養管理指導								
	<input type="checkbox"/> 34 介護予防居宅療養管理指導								
	<input type="checkbox"/> 16 通所リハビリテーション								
	<input type="checkbox"/> 66 介護予防通所リハビリテーション								
	<input type="checkbox"/> 22・23 短期入所療養介護								
	<input type="checkbox"/> 25・26 介護予防短期入所療養介護								

備考 申出を行う居宅サービスの種類にチェックマークを記入してください。

届出に関して確認を要する場合の連絡先 (必ず記載すること)
この届出に関する担当者及び連絡先
担当者名:
連絡先 TEL:
FAX:

青森県知事

殿

住所  
事業（開設）者（所在地）  
氏名  
(名称及び代表者氏名)

印

次のとおり指定（許可）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	0	2					
指定内容を変更した事業所（施設）		名称							
		所在地							
		E-mail アドレス							
サービスの種類									
変更があった事項		変更の内容							
<input type="checkbox"/>	1 事業所（施設）の名称	(変更前)							
<input type="checkbox"/>	2 事業所（施設）の所在地・電話番号・FAX番号								
<input type="checkbox"/>	3 事業者の名称、主たる事務所の所在地・電話番号・FAX番号								
<input type="checkbox"/>	4 代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所								
<input type="checkbox"/>	5 定款・寄附行為及びその登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)								
<input type="checkbox"/>	6 事業所（施設）の建物の構造、専用区画等								
<input type="checkbox"/>	7 備品（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業）								
<input type="checkbox"/>	8 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所 (介護老人保健施設及び介護医療院を除く。)								
<input type="checkbox"/>	9 サービス提供責任者の氏名及び住所								
<input type="checkbox"/>	10 運営規程								
<input type="checkbox"/>	11 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関	(変更後)							
<input type="checkbox"/>	12 事業所の種別								
<input type="checkbox"/>	13 提供する居宅療養管理指導の種類								
<input type="checkbox"/>	14 事業実施形態 (単独型、本体施設が特別養護老人ホームの場合の空床利用型・併設型の別)								
<input type="checkbox"/>	15 入院患者又は入所者の定員								
<input type="checkbox"/>	16 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制								
<input type="checkbox"/>	17 福祉用具の保管・消毒方法 (委託している場合にあつては、委託先の状況)								
<input type="checkbox"/>	18 併設施設の状況等								
<input type="checkbox"/>	19 役員の氏名、生年月日及び住所								
<input type="checkbox"/>	20 介護支援専門員の氏名及びその登録番号								
変更年月日		平成 年 月 日							

- 備考 1 該当項目にチェックマークを記入してください。  
2 変更内容が分かる書類を添付してください。  
3 変更後、10日以内に届出してください。

届出に関して確認を要する場合の連絡先 (必ず記載すること) この届出に関する担当者及び連絡先 担当者名： 連絡先 TEL： FAX：
---



再開届出書

平成 年 月 日

青森県知事 殿

事業（開設）者 住所  
（所在地）  
氏名  
（名称及び代表者氏名）

印

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

再開した事業所	介護保険事業所番号	0	2						
	名称								
	所在地								
	電話番号								
	FAX番号								
再開したサービスの種類	E-mail								
再開した年月日	アドレス								
	平成	年	月	日					

備考 事業の再開に係る届出にあつては、施行規則に定める当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

届出に関して確認を要する場合の連絡先 (必ず記載すること) この届出に関する担当者及び連絡先 担当者名： 連絡先 TEL： FAX：
---

廃止・休止届出書

平成 年 月 日

青森県知事 殿

事業（開設）者 住所  
（所在地）  
 氏名  
（名称及び代表者氏名）

印

次のとおり事業を  廃止  休止  
 するので届け出ます。

	介護保険事業所番号	0	2						
廃止（休止）する事業所	名称								
	所在地								
廃止（休止する）事業所のサービスの種類									
廃止・休止の別	<input type="checkbox"/> 廃止 ・ <input type="checkbox"/> 休止								
廃止・休止する年月日	平成 年 月 日								
廃止・休止する理由									
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置									
（休止の場合）休止予定期間	休止日～ 平成 年 月 日								

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

届出に関して確認を要する場合の連絡先 （必ず記載すること） この届出に関する担当者及び連絡先 担当者名： 連絡先 TEL： FAX：
---

指 定 辞 退 届 出 書

平成 年 月 日

青森県知事 殿

開設者 住 所  
 (所在地)  
 氏 名  
 (名称及び代表者氏名)

印

次のとおり指定を辞退したいので届出ます。

	介護保険事業所番号	0	2					
指定を辞退する施設	名称							
	所在地							
指定を辞退する施設のサービスの種類								
指定を受けた年月日	平成	年	月	日				
指定を辞退する年月日	平成	年	月	日				
指定を辞退する理由								
現に施設に入所している者に対する措置								

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

届出に関して確認を要する場合の連絡先 (必ず記載すること) この届出に関する担当者及び連絡先 担当者名： 連絡先 TEL： FAX：
---

介護老人保健施設・介護医療院開設許可事項変更申請書

平成 年 月 日

青森県知事 殿

開設者 住所  
 (所在地)  
 氏名 印  
 (名称及び代表者氏名)

次のとおり  介護老人保健施設 の開設許可事項の変更の許可を申請します。  
 介護医療院

介護保険事業所番号 0 2

申請に係る施設	名称
	所在地
	電話番号 FAX番号
	E-mailアドレス
開設許可年月日	平成 年 月 日
変更年月日	平成 年 月 日
変更事項	変更の内容
<input type="checkbox"/> 1 敷地面積	(変更前)
<input type="checkbox"/> 2 建物構造	
<input type="checkbox"/> 3 施設の共用の場合の利用計画	(変更後)
<input type="checkbox"/> 4 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。）	
<input type="checkbox"/> 5 協力病院の変更	

備考 1 該当項目にチェックマークを記入してください。  
 2 変更内容が分かる書類を添付してください。

届出に関して確認を要する場合の連絡先  
 (必ず記載すること)  
 この届出に関する担当者及び連絡先  
 担当者名：  
 連絡先 TEL：  
 FAX：

介護老人保健施設・介護医療院管理者承認申請書

平成 年 月 日

青森県知事 殿

開設者 住所  
 (所在地)  
 氏名  
 (名称及び代表者氏名)

印

次のとおり  介護老人保健施設 の管理者の承認を申請します。  
 介護医療院

介護保険事業所番号 0 2

申請に係る施設	名称
	所在地
	電話番号 FAX番号
	E-mailアドレス
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	<input type="checkbox"/> 1 新規開設のため <input type="checkbox"/> 2 管理者の変更のため 変更理由
就任予定年月日	平成 年 月 日

- 備考 1 管理者になろうとする者の経歴書、医師の資格を有する場合は免許証写し及び辞令が交付されている場合は辞令写し並びに理事会等議事録を添付してください。  
 2 「申請理由」欄については、該当項目にチェックマークを記入してください。

届出に関して確認を要する場合の連絡先 (必ず記載すること) この届出に関する担当者及び連絡先 担当者名： 連絡先 TEL： FAX：
---

介護老人保健施設・介護医療院広告事項許可申請書

平成 年 月 日

青森県知事 殿

開設者 住所  
 (所在地)  
 氏名  
 (名称及び代表者氏名)

印

次のとおり  介護老人保健施設 の広告の許可を申請します。  
 介護医療院

介護保険事業所番号 0 2

申請に係る施設	名称
	所在地
	電話番号 FAX番号
	E-mailアドレス
許可を受けようとする広告事項	
広告の内容	
広告の方法	
広告開始予定年月日	平成 年 月 日

届出に関して確認を要する場合の連絡先  
 (必ず記載すること)  
 この届出に関する担当者及び連絡先  
 担当者名：  
 連絡先 TEL：  
 FAX：

指定介護療養型医療施設指定変更申請書

平成 年 月 日

青森県知事 殿

開設者 住所  
(所在地)  
氏名 印  
(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定の変更を申請します。

		介護保険事業所番号									
申請に係る施設	名称										
	所在地										
	電話番号					FAX番号					
	E-mailアドレス										
申出申請に係る施設の 指定介護療養型医療施設の類型	<input type="checkbox"/> 1 療養病床を有する病院 <input type="checkbox"/> 2 療養病床を有する診療所 <input type="checkbox"/> 3 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院										
入院患者の推定数 (申請に係る事業を行う部分に限る。)											
入院患者の定員 (申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。)	(変更前)					(変更後)					

- 備考 1 「当該申請に係る施設の指定介護療養型医療施設の類型」については、該当する種類にチェックマークを記入してください。
- 2 以下の書類を添付（当該申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。）してください。
- (1) 施設の使用許可証の写し
  - (2) 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要
  - (3) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態

届出に関して確認を要する場合の連絡先 (必ず記載すること)
この届出に関する担当者及び連絡先
担当者名：
連絡先 TEL：
FAX：