

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、第10号様式による指定（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他
- 二 当該事業所又は施設に係る指定又は許可に関する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住所（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）

附 則

この要綱は、平成30年10月1日から適用する。（第1号様式、様式K01、第2号様式及び第3号様式一部改正）

附 則

この要綱は、平成31年4月15日から適用する。（様式改正）

附 則

この要綱は、令和3年5月20日から適用する。（様式改正）

第1号様式(第2条関係)

- 指定居宅サービス事業所
- 指定介護予防サービス事業所
- 介護保険施設

指定(許可)申請書

年 月 日

青森県知事 殿

(名称)

申請者

(代表者の職名・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 - ) 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 - ) 県 郡市							
指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類	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(該当事業に○)	既に指定(許可)を受けている事業等(該当事業に○)	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				(保険医療機関として指定を受けている場合)				

\* 裏面に記載についての備考があります。

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、そのすべてを記載してください。
- 3 既に居宅サービス事業所また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。

第2号様式(第3条関係)

指定を不要とする旨の届出書

年 月 日

青森県 知事 殿 住所  
申請者 (所在地)  
氏名  
(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。

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	<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

備考 申し出を行う居宅サービスについて○印を付してください。

第3号様式(第4条関係)

変更届出書

年 月 日

青森県 知事 殿

住所

開設者 (所在地)

氏名

(名称及び代表者氏名)

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	0	2									
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○)		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)													
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 (介護老人保健施設は、事前に承認を受ける。)													
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つては、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 「(参考)変更届への標準添付書類一覧」を確認し、必要書類を添付してください。

第3号の2様式(第4条第1項関係)

再開届出書

年 月 日

青森県

知事 殿

住所

開設者 (所在地)

氏名

(名称及び代表者氏名)

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号	0	2																
再開した事業所	名称																		
	所在地																		
サービスの種類																			
再開した年月日	年 月 日																		

備考 事業の再開に係る届出にあっては、従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)を添付してください。



廃止・休止届出書

年 月 日

青森県 知事 殿

住所

開設者 (所在地)

氏名

(名称及び代表者氏名)

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												
サービスの種類													
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止												
廃止・休止する年月日	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													
休止予定期間	休止日 ~ 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。

指定辞退届出書

年 月 日

青森県 知事 殿

住所

開設者 (所在地)

氏名

(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	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														
指定を受けた年月日	年			月			日								
指定を辞退する年月日	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。

介護老人保健施設・介護医療院 開設許可事項変更申請書

年 月 日

青森県 知事 殿

所在地

開設者 名称

代表者氏名

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	0	2									
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○)		変更の内容											
	敷地面積	(変更前)											
	建物建造												
	施設の共用の場面の利用計画												
	運営規則(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。

第7号様式(第7条関係)

介護老人保健施設・介護医療院 管理者承認申請書

年 月 日

青森県

知事 殿

所在地

開設者 名称

代表者氏名

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	0	2												
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○)	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。

第8号様式(第8条関係)

介護老人保健施設・介護医療院 広告事項許可申請書

年 月 日

青森県 知事 殿

所在地

開設者 名称

代表者氏名

次のとおり広告の許可を申請します。

介護保険事業所番号	
	0 2
許可を受けようとする広告事項	
広告の内容	
広告の方法	

指定介護療養型医療施設指定変更申請書

年 月 日

青森県 知事 殿 住所  
 開設者 (所在地)  
 氏名  
 (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。

申請に係る施設	介護保険事業所番号		0	2															
	名称																		
	所在地																		
当該申請に係る施設の指定介護療養型医療施設の類型 (該当に○)	療養病床を有する病院																		
	療養病床を有する診療所																		
	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 (申請にかかる事業を行う部分に限る。)	人																		
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)									
	人									人									

- 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、当該項目番号に○を付してください。
- 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) 施設の使用許可書の写し
  - (2) 建物の構造概要及び平面図ならびに設備の概要
  - (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

第10号様式(第2条の2関係)

- 指定居宅サービス事業所
- 指定介護予防サービス事業所
- 介護保険施設

指定(許可)更新申請書

年 月 日

青森県 知事 殿

(名称)

申請者

(代表者の職名・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 - ) 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 - ) 県 郡市														
事業所	事業等の種類					介護保険事業所番号	0	2							
	指定有効期間満了日														
	フリガナ 名称														
	所在地	(郵便番号 - ) 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 名称														
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - ) 県 郡市													
	フリガナ 氏名					生年月日									
住所	(郵便番号 - ) 県 郡市														

- 別添 1 誓約書(参考様式6)  
2 介護支援専門員一覧(参考様式7)