

C 指定手続等

〔申請・届出先〕

事業所の所在地		届出先
東部	松江市	松江市役所 介護保険課 〒690-8540 松江市末次町86 TEL 0852-55-5935 FAX 0852-55-6186
	出雲市 奥出雲町 安来市 飯南町 雲南市 隠岐郡	島根県高齢者福祉課 〒690-8501 松江市殿町1番地 県庁第二分庁舎1階 TEL 0852-22-5928 FAX 0852-22-5238
西部	浜田市 邑智郡 益田市 鹿足郡 大田市 江津市	島根県地域福祉課石見指導監査室 〒697-0041 浜田市片庭町254 浜田合庁別館3階 TEL 0855-29-5567・5580 FAX 0855-29-5547

※業務管理体制の届出は、別に定めるところによる。

〔様式掲載場所〕

◎所定の様式は、島根県高齢者福祉課ホームページ [介護保険 (事業者の皆様へ)] に掲載
http://www.pref.shimane.lg.jp/medical/fukushi/kourei/kaigo_hoken/zai/kyotaku_shidou/KyotakuRyouyou.html

◎松江市については、松江市介護保険課ホームページ [各種様式] に掲載

1. 指定申請

【みなし指定】

◎保険医療機関又は保険薬局については、指定があったものとみなされる(みなし指定)ので、指定申請を要しない。(法第71条・施行規則第127条)

【みなし指定の辞退】

◎みなし指定を辞退する場合は、指定を不要とする旨の届出を行うこと。(法第71条・施行規則第129条、法第115条の11・施行規則第140条の20)

提出書類	留意事項
指定を不要とする旨の届出書(第2号様式)	

◎みなし指定を辞退後、方針を変更してサービスを実施する場合は、指定申請が必要となる。

提出書類	留意事項
1 指定(許可)申請書(第1号様式)	
2 付表5	
3 平面図(参考様式2)	
4 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要(参考様式4)	
5 誓約書(参考様式6)	
6 保険医療機関の指定通知書(写)等 保険薬局の開設許可証(写)等	保険医療機関又は保険薬局であることを確認するため

2. 変更届(※通常の事業の実施地域を変更した場合)

※平成30年4月より、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」を創設されたことに伴い、運営基準に基づく運営規程に「通常の事業の実施地域」を定める必要がある。

◎運営規程に定める「通常の事業の実施地域」について変更を行った場合は、変更日から10日以内に、変更届を提出すること。(法第75条①・施行規則第131条、法第115条の5・施行規則第140条の22)

提出書類	留意事項
1 変更届出書(第3号様式)	
2 付表5	
3 運営規程	任意の様式

3. 廃止・休止・再開の届出

◎事業を廃止・休止する場合は、廃止・休止日の1ヶ月前までに、廃止・休止の届出を行うこと。(法第75条②・施行規則第131条④、法第115条の5②・施行規則第140条の22④)

提出書類	留意事項
廃止・休止届出書(第4号様式)	

◎休止した事業を再開する場合は、再開日の10日以内に、再開の届出を行うこと。
(法第75条①・施行規則第131条③、法第115条の5①・施行規則第140条の22③)

提出書類	留意事項
1 再開届出書(第3号の2様式)	

第1号様式

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

島根県 知事 様

所在地

申請者 名称

代表者職名・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)	都 道	市 区	府 県	町 村	
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号			
者	法人等の種類						
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ	生年月日			
	代表者の住所	(郵便番号)	都 道	市 区	府 県	町 村	
法人の吸収合併又は吸収分割における指定(許可)申請時に☑						☐	
指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類の種類	同一所在地において行う事業等の種類		共生型サービス申請時に☑	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)						
* 裏面に記載に関し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。
- 4 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 5 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。

第2号様式

指定を不要とする旨の届出書

年 月 日

島根県 知事 様

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。

介護保険事業所番号																				
医療機関コード等																				

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号の2様式

再開届出書

年 月 日

島根県 知事 様

所在地

申請者 名称

代表者職名・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																			
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、従業者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

島根県 知事 様

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

廃止(休止)する事業所	介護保険事業所番号
	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。

付表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

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村									
	連絡先	電話番号	(内線				FAX番号				
	Email										
事業所種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 薬局										
居宅療養管理指導の種類	<input type="checkbox"/> 医師又は歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士										
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)				
	氏名										
	生年月日										
利用者の推定数	人										
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業者の職種・員数	医師		歯科医師		薬剤師		歯科衛生士		管理栄養士		
	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)										
添付書類	別添のとおり										
備考 1 記入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。 2 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若しくは保険薬局が行うものについては、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、本申請の必要はありません。 3 「歯科衛生士」には、保健師、看護師、准看護師を含みます。											