

事務連絡
令和2年12月25日

都道府県
各 指定都市 介護保険主管部（局） 御中
中核市

厚生労働省老健局総務課
総務課介護保険指導室
介護保険計画課
高齢者支援課
認知症施策・地域介護推進課
老人保健課

押印を求める手続きの見直し等のための「介護サービス事業者の業務管理体制の整備の届出に関する規則（参考例）の送付について」等の一部改正について

規制改革実施計画（令和2年7月17日閣議決定）において、「原則として全ての見直し対象手続について、恒久的な制度的対応として、年内に、規制改革推進会議が提示する基準に照らして順次、必要な検討を行い、法令、告示、通達等の改正やオンライン化を行う」こととされていること等を踏まえ、押印を求めている手続を見直すため、下記のとおり、関係事務連絡等について押印を不要とする改正を行いますので、御了知の上、管内市町村、関係者、関係団体等に周知をお願いいたします。

記

第1 関係事務連絡の改正

- 1 介護サービス事業者の業務管理体制の整備の届出に関する規則（参考例）の送付について（平成27年3月31日付厚生労働省老健局総務課介護保険指導室事務連絡）の第1号様式及び第2号様式の一部改正
別紙1のとおり改正する。
- 2 指定居宅サービス事業所、介護保険施設、指定介護予防サービス事業所、指定地域密着型サービス事業所、指定地域密着型介護予防サービス事業所及

び指定居宅介護支援事業所の指定に関する様式例について（平成 30 年 9 月 28 日付厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室ほか連名事務連絡）のうち以下についての一部改正

- ・ 別添 1 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向け様式例のうち、第 1 号様式、第 2 号様式、第 3 号の 2 様式から第 10 号様式まで及び参考様式 6
- ・ 別添 2 指定地域密着型サービス事業所、指定地域密着型介護予防サービス事業所及び指定居宅介護支援事業所向け様式例のうち、第 1 号様式、第 2 号の 2 様式から第 5 号様式まで及び参考様式 6

別紙 2 のとおり改正する。

第 2 全国担当課長会議等の資料でお示した様式の改正

1 全国担当課長会議（平成 11 年 9 月 17 日開催） 資料 NO. 1

介護保険居宅介護（支援）サービス費等支給申請書（償還払い用）（案）、介護保険特例サービス費等支給申請書（受領委任）（案）、介護保険高額介護サービス費等支給申請書（案）及び介護保険標準負担額・特定標準負担額差額支給申請書（案）の一部改正

別紙 3 のとおり改正する。

2 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料（平成 18 年 3 月 13 日開催）

指定市町村事務受託法人指定申請書、介護保険法施行規令第 11 条の 2 第 2 項各号の規定に該当しない旨の誓約書、変更届出書、廃止・休止・再開届出書及び指定市町村事務受託法人指定更新申請書の一部改正

別紙 4 のとおり改正する。

第 3 経過措置

- 1 本事務連絡による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、本事務連絡による改正後の様式によるものとみなす。
- 2 旧様式による用紙については、合理的に必要と認められる範囲内で、当分の間、例えば、手書きによる打ち消し線を引くなど、これを修正して使用することができることとする。

第 1 号様式 (第 2 条・第 4 条関係)

受付番号

介護保険法第 115 条の 32 第 2 項(整備)又は第 4 項
(区分の変更)に基づく業務管理体制に係る届出書

年 月 日

行政機関の長 殿

事業者 名 称
代表者氏名

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

		事業者 (法人) 番号		A																	
1	届出の内容																				
	(1)法第115条の32第2項関係 (整備)																				
	(2)法第115条の32第4項関係 (区分の変更)																				
	2	フリガナ名 称																			
		主たる事務所の所在地		(〒 -) 都道 郡 市 府県 区																	
				(ビルの名称等)																	
		電話番号							F A X 番号												
	3	法人の種別																			
		代表者の職名・氏名・生年月日		職名		フリガナ氏名		生年月日		年 月 日											
代表者の住所		(〒 -) 都道 郡 市 府県 区																			
		(ビルの名称等)																			
3	事業所名称等及び所在地		事業所名称		指定(許可)年月日		介護保険事業所番号(医療機関等コード)				所在地										
			計 力所																		
4	介護保険法施行規則第140条の40第1項第2号から第4号に基づく届出事項		第 2 号		法令遵守責任者の氏名(フリガナ)				生年月日												
			第 3 号		業務が法令に適合することを確保するための規程の概要																
			第 4 号		業務執行の状況の監査の方法の概要																
5	区分変更		区分変更前行政機関名称、担当部(局)課																		
			事業者 (法人) 番号		A																
			区分変更の理由																		
			区分変更後行政機関名称、担当部(局)課																		
		区 分 変 更 日		年 月 日																	

連絡先	所属				メール アドレス			電話 番号		
	フリガナ									
	氏名									

記入要領

1 共通事項

- (1) 新規に業務管理体制を整備した事業者及び業務管理体制を届け出た後、事業所又は施設（以下「事業所等」という。）の指定や廃止等に伴い、事業展開地域の変更により、届出先区分の変更が生じた事業者は、この様式を用いて関係行政機関に届け出ること。
- (2) 受付番号及び事業者（法人）番号には記入しないこと。
- (3) 事業者の名称、主たる事務所の所在地、法人の種別、代表者の職名、代表者の住所等は、登記内容等と一致すること。
- (4) 「1 届出の内容」
 - ① 新規に業務管理体制を整備し届け出る場合は、(1)法第 115 条の 32 第 2 項関係の（整備）に○を付けること。
 - ② 届出先区分の変更が生じた場合、(2)法第 115 条の 32 第 4 項関係の（区分の変更）に○を付けること。
なお、届出先区分の変更が生じた事業者は、区分変更前と区分変更後の行政機関にそれぞれ届け出ること。

事業所等の展開に応じた届出先行政機関

区分	届出先
① 事業所等が 3 以上の地方厚生局の管轄区域に所在する事業者	厚生労働大臣
② 事業所等が 2 以上の都道府県の区域に所在し、かつ、2 以下の地方厚生局の管轄区域に所在する事業者	事業者の主たる事務所が所在する都道府県知事
③ 全ての事業所等が 1 の都道府県の区域に所在する事業者	都道府県知事
④ 全ての事業所等が 1 の指定都市の区域に所在する事業者	指定都市の長
⑤ 地域密着型サービス（予防含む）のみを行う事業者であって、事業所等が同一市町村内に所在する事業者	市町村長

- (5) 「連絡先」
届出先の行政機関から、記載内容等についての連絡を行う場合があるため、この届出に係る連絡先を記入すること。

2 新規に業務管理体制を整備した事業者【法第115条の32第2項(整備)関係】

- (1) 「2 事業者」の「法人の種別」には、届出者が法人である場合に、営利法人、社会福祉法人、医療法人、社団法人、特定非営利活動法人等の区別を記入すること。
- (2) 「3 事業所名称等及び所在地」については、みなし事業所及び介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防・生活支援サービス事業を除いた事業所等を記入し、「事業所名称」欄に事業所等の合計の数を記入すること。
書ききれない場合は、記入を省略し別添資料として添付して差し支えないこ

と。(既存資料の写し及び両面印刷可)

(3) 「4 介護保険法施行規則第140条の40第1項第2号から第4号に基づく届出事項」

①事業所等数に応じ整備する業務管理体制について、該当する全ての番号に○を付けること。

②第2号については、その氏名(フリガナ)及び生年月日を記入すること。

③第3号及び第4号を届け出る場合は、別添資料の添付により行うこと。

(既存資料の写し及び両面印刷可)

第2号 法令遵守責任者の氏名及び生年月日

第3号 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要

第4号 業務執行の状況の監査の方法の概要

事業所等数に応じて整備する業務管理体制

	事業所等数		
	20未満	20以上100未満	100以上
第2号	○	○	○
第3号	×	○	○
第4号	×	×	○

(4) 「5 区分変更」は、区分変更のあった場合に記入するため、新規に業務管理体制を整備した事業者は、記入する必要はないこと。

3 業務管理体制を届け出た後、事業所等の指定や廃止等に伴い、事業展開地域の変更により、届出先区分の変更が生じた事業者【法第115条の32第4項(区分の変更)関係】

(1) 事業所等の指定や廃止等により、届出先区分に変更があった事業者は、区分変更前及び区分変更後の行政機関にそれぞれ届け出ること。

(2) 区分変更前行政機関への届出

「1 届出の内容」の「(2)法第115条の32第4項関係」の他「5 区分変更」に記入すること。

(3) 区分変更後行政機関への届出

「1 届出の内容」「2 事業者」「3 事業所名称等及び所在地」「4 介護保険法施行規則第140条の40第1項第2項から第4号に基づく届出事項」

「5 区分変更」について、上記記入要領に基づいて記入すること。

なお、届出先区分の変更に合わせて、整備する業務管理体制の内容が変更された場合も、この様式を用いて届け出ること。

(4) 「5 区分変更」欄

① 「事業者(法人)番号」には、区分変更前行政機関が付番した番号を記入すること。

② 「区分変更の理由」には、その理由を具体的に記入すること。

書ききれない場合は、記入を省略し別添資料として添付して差し支えないこと。(既存資料の写し及び両面印刷可)

③ 「区分変更日」は、事業所等の新規指定・廃止等により区分が変更された日を記入すること。

受付番号	
------	--

介護保険法第115条の32第3項に基づく
業務管理体制に係る届出書（届出事項の変更）

年 月 日

行政機関の長 殿

事業者 名 称
代表者氏名

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者（法人）番号	A																		
-----------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

変 更 が あ っ た 事 項

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 法人の種別、名称(フリガナ) 2 主たる事務所の所在地、電話番号、FAX番号 3 代表者氏名(フリガナ)、生年月日 4 代表者の住所、職名 5 事業所名称等及び所在地 6 法令遵守責任者の氏名(フリガナ)及び生年月日 7 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要 8 業務執行の状況の監査の方法の概要 |
|--|

変 更 の 内 容

(変更前)

(変更後)

連絡先	所属		メール アドレス		電話 番号	
	フリガナ					
	氏名					

記入要領

- 1 受付番号には記入しないこと。
- 2 事業者の名称、主たる事務所の所在地、法人の種別、代表者の職名、代表者の住所等は、登記内容等と一致すること。
- 3 「変更があった事項」の該当項目番号に○を付け、「変更の内容」に具体的に記入すること。
なお、書ききれない場合は、記入を省略し別添資料として添付して差し支えないこと。(既存資料の写し及び両面印刷可)
- 4 「5 事業所名称等及び所在地」については、みなし事業所及び介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防・生活支援サービス事業を除いた事業所等の指定や廃止等により事業所等の数に変更が生じ、整備する業務管理体制が変更された場合にのみ届け出ること。
この場合、変更前欄と変更後欄のそれぞれに、指定等事業所等の合計の数を記入し、変更後欄に追加又は廃止等事業所等の名称、指定(許可)年月日、介護保険事業所番号(医療機関等コード)、所在地を記入すること。
書ききれない場合は、記入を省略し別添資料として添付して差し支えないこと。
(既存資料の写し及び両面印刷可)
- 5 「7 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要」及び「8 業務執行の状況の監査の方法の概要」については、事業者の業務管理体制の変更を行う場合(組織の変更、規程の追加等)に届け出ること。規程の字句の修正等体制に影響を及ぼさない軽微な変更は、届出を要しないこと。
なお、事業所等の数の変更により、「7」または「8」を追加等する場合は、該当項目番号に○を付け、追加の場合には、別添資料の添付により届け出ること。
(既存資料の写し及び両面印刷可)
- 6 届出先の行政機関から、記載内容等について連絡を行う場合があるため、この届出に係る連絡先を記入すること。

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

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 ー) 県 郡市				
	連絡先	電話番号	FAX番号			
		Email				
申請者	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 ー) 県 郡市				
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	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	
	指定居宅サービス	介護予防訪問入浴介護				付表2
	指定介護予防サービス	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。

第2号様式

指定を不要とする旨の届出書

年 月 日

知事 殿

申請者 住所
(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。

再開届出書

年 月 日

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								
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つては、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

知事 殿

開設者 住所
 (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。

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。

指定辞退届出書

年 月 日

知事 殿

開設者 住所
(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。

指定を辞退する施設	介護保険事業所番号
	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

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。

申請に係る施設		介護保険事業所番号
		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。

介護老人保健施設・介護医療院 管理者承認申請書

年 月 日

知事 殿

開設者 所在地
名称
代表者氏名

次のとおり管理者の承認を申請します。

申請に係る施設	介護保険事業所番号
	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○)	<input type="checkbox"/>	新規開設のため
	<input type="checkbox"/>	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。

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

知事 殿

開設者 所在地
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	
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

知事 殿

開設者 住所
 (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	
	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○)	<input type="checkbox"/>	療養病床を有する病院
	<input type="checkbox"/>	療養病床を有する診療所
	<input type="checkbox"/>	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

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

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 ー) 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 ー) 県 郡市			
事 業 所	事業等の種類		介護保険事業所番号	
	指定有効期間満了日			
	フリガナ 名称			
	所在地	(郵便番号 ー) 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			
	フリガナ 名称			
主たる事務所の 所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市			
管 理 者	フリガナ 氏名		生年月日	
	住所	(郵便番号 ー) 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)

(参考様式6)

誓約書

年 月 日

〇〇都道府県知事 殿

申請者 (名称)

(代表者の職名・氏名)

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

	別紙①: 居宅サービス事業所向け
	別紙②: 介護老人福祉施設向け
	別紙③: 介護老人保健施設向け
	別紙④: 介護医療院向け
	別紙⑤: 介護予防サービス事業所向け

(該当に○)

第1号様式

指定地域密着型サービス事業所
 指定地域密着型介護予防サービス事業所
 指定居宅介護支援事業所

指定申請書

年 月 日

市(町・村)長 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に係る指定を受けたいので、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 ー) 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 ー) 県 郡市					
指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行う事業等の種類		指定申請対象事業 (該当事業に○)	既に指定を受けている事業 (該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定年月日	様式	
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護					付表1
		認知症対応型通所介護					付表2
		小規模多機能型居宅介護					付表3
		認知症対応型共同生活介護					付表4
		地域密着型特定施設入居者生活介護					付表5
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護					付表6
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護					付表7
		複合型サービス					付表8
	地域密着型通所介護					付表9	
	居宅介護支援事業					付表10	
地域密着型介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護					付表2	
	介護予防小規模多機能型居宅介護					付表3	
	介護予防認知症対応型共同生活介護					付表4	
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)					

* 裏面に記載に関する備考があります。

第2号の2様式

再開届出書

年 月 日

市(町・村)長 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								
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つては、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

市(町・村)長 殿

開設者 住所
 (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。

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。

第4号様式

指定辞退届出書

年 月 日

市(町・村)長 殿

開設者 住所
(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
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。

第5号様式

指定地域密着型サービス事業所
 指定地域密着型介護予防サービス事業所
 指定居宅介護支援事業所

指定更新申請書

年 月 日

市(町・村)長 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に係る指定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 ー) 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 ー) 県 郡市			
事 業 所	事業等の種類		介護保険事業所番号
	指定有効期間満了日			
	フリガナ 名称			
	所在地	(郵便番号 ー) 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			
	フリガナ 名称			
管 理 者	フリガナ 氏名		生年月日	
	住所	(郵便番号 ー) 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)

(参考様式6)

誓約書

年 月 日

市(町・村)長 殿

申請者 (名称)

(代表者の職名・氏名)

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

	別紙①: 地域密着型サービス事業所向け
	別紙②: 居宅介護支援事業所向け
	別紙③: 地域密着型介護予防サービス事業所向け

(該当に○)

介護保険居宅介護（支援）サービス費等支給申請書（償還払い用）（案）

{ 介護保険居宅介護（支援）サービス費、特例居宅介護（支援）サービス費
 居宅介護（支援）サービス計画費、特例居宅介護（支援）サービス計画費
 施設介護サービス費、特例施設介護サービス費 } 支給申請書
 (年 月分)

フリガナ 被保険者氏名	-----		保険者番号	-----	-----	-----	-----
	-----		被保険者番号	-----	-----	-----	-----
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女	
住所	〒			電話番号			
支払金額合計							円
申請理由	----- ----- -----						
○○市（町村）長 様 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（支援）サービス費、特例居宅介護（支援）サービス費、居宅介護（支援）サービス計画費、特例居宅介護（支援）サービス計画費、施設介護サービス費、又は特例施設介護サービス費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名							

注意・この申請書の裏面に該当月分の領収証及びサービス提供証明書又は居宅介護支援提供証明書も併せて添付してください。

上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金	-----
	-----	-----	2 当座預金	-----
	フリガナ 口座名義人	-----	3 その他	-----

市（町村）記入欄

区分	保険料納付状況	領収証	サービス	備考
1 一般	未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無	確認欄	提供証明書	
2 支払方法の変更			確認欄	
3 給付額減額				

介護保険特例サービス費等支給申請書（受領委任）（案）

介護保険特例居宅介護（支援）サービス費、特例居宅介護（支援）サービス計画費支給申請書
（受領委任用）

（ 年 月 分）

フリガナ 被保険者氏名	-----		保険者番号	-----	-----	-----	-----
			被保険者番号	-----	-----	-----	-----
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女	
住 所	〒			電話番号			
費用額合計				円	うち被保険者負担分		円
<p>〇〇市（町村）長 様</p> <p>上記の特例居宅介護（支援）サービス費、特例居宅介護（支援）サービス計画費の支給を申請します。また、上記請求に基づく給付金の受領方を下記の者に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号</p>							
受取人の氏名 及び事業者名	(事業者名)						
受取人の住所	〒			電話番号			
口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種目	口座番号	
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金	-----	
					2 当座預金	-----	
フリガナ 口座名義人		-----					

注意 ・ 保険料を完納されていない方で、支払方法の変更により償還払い給付となっている方は、受領委任による給付はできません。
 ・ 受領委任契約事業者等は、この申請書の裏面に該当月分のサービス提供証明書を添付してください。

市（町村）記入欄

保険料納付状況	サービス	備 考
未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無	提供証明書 確認欄	

介護保険高額介護サービス費等支給申請書（案）

介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給申請書
（ 年 月分）

フリガナ 被保険者氏名		-----		保険者番号	-----	-----	-----	-----	-----
				被保険者番号	-----	-----	-----	-----	-----
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女			
住所	〒				電話番号				
該当月分の 支払額合計									
		氏名	生年月日	性別	介護保険の被保険者の場合 被保険者番号				
世帯構成	世帯主				-----				
	世帯員				-----				

〇〇市（町村）長 様

上記のとおり関係書類を添えて高額介護（居宅支援）サービス費の支給を申請します。

年 月 日

住所

申請者

氏名

電話番号

注意 ・ 給付制限を受けている方については、高額介護（居宅支援）サービス費の支給ができない場合があります。

・ この申請書の裏面に領収証を添付してください。

高額介護（居宅支援）サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種目	口座番号			
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金	-----			
					2 当座預金	-----			
					3 その他	-----			
フリガナ 口座名義人		-----							

市（町村）記入欄

区分	世帯集約 番号	領収書 確認欄	給付制限 状況	備 考	
1 単独			有・無 給付割合	(所得分布の状況等を把握)	
2 合算					

介護保険標準負担額・特定標準負担額差額支給申請書（案）

介護保険標準負担額・特定標準負担額差額支給申請書

フリガナ 被保険者氏名	-----		保険者番号	-----	-----	-----
	-----		被保険者番号	-----	-----	-----
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女
住 所	〒		電話番号			
支払った	支払った期間	年 月 日から		年 月 日		
標準負担額等	支払った標準負担額	円				
食事の提供を受けた 介護保険施設の 所在地及び名称	〒		電話番号			
既に減額認定証の 交付を受けている 方のみ記入	交付年月日	年 月 日				
	適用年月日	年 月 日				
減額認定証の交付 申請又は証を提出 できなかった理由						
<p>〇〇市（町村）長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて食事に係る標準負担額差額の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p>						

注意・この申請書の裏面に該当月分の領収証を添付して下さい。

上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金	-----
	フリガナ 口座名義人		2 当座預金	-----
			3 その他	-----

市（町村）記入欄

領収証 確認欄	備 考

受付番号

指定市町村事務受託法人 指定申請書

年 月 日

知事 殿

所在地

申請者

名称

介護保険法に規定する指定市町村事務受託法人に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事務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 -)			
		都道府県	市区		
		(ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	法人の種別			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 -)				
	都道府県	市区			
	(ビルの名称等)				
指定を受けようとする事務所の	事務所の所在地	(郵便番号 -)			
		都道府県	市区		
	(ビルの名称等)				
	事務所連絡先	電話番号		FAX番号	
	指定を受けようとする事務		法第二十四条の二第一項第一号に規定する事務(照会等事務)		
			法第二十四条の二第一項第二号に規定する事務(要介護認定調査事務)		
居宅サービス	既に指定等を受けている事業等の種類		実施事業	既に指定等を受けている事業等の 指定(許可)年月日	
		訪問介護			
		訪問入浴介護			
		訪問看護			
		訪問リハビリテーション			
		居宅療養管理指導			
		通所介護			
		通所リハビリテーション			
		短期入所生活介護			
		短期入所療養介護			
		特定施設入居者生活介護			
		福祉用具貸与			
		特定福祉用具販売			
地域密着型サービス		夜間対応型訪問介護			
		認知症対応型通所介護			
		小規模多機能型居宅介護			
		認知症対応型共同生活介護			
		地域密着型特定施設入居者生活介護			
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				

居宅介護支援事業者			
施設	介護老人福祉施設		
	介護老人保健施設		
	介護療養型医療施設		
介護予防サービス	介護予防訪問介護		
	介護予防訪問入浴介護		
	介護予防訪問看護		
	介護予防訪問リハビリテーション		
	介護予防居宅療養管理指導		
	介護予防通所介護		
	介護予防通所リハビリテーション		
	介護予防短期入所生活介護		
	介護予防短期入所療養介護		
	介護予防特定施設入居者生活介護		
	介護予防福祉用具貸与		
	特定介護予防福祉用具販売		
	地域包括型介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護	
介護予防小規模多機能型居宅介護			
介護予防認知症対応型共同生活介護			
介護保険事業者番号	(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
- 「受付番号」「事務所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
 - 「法人の種別」欄は、「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。
 - 「法人所轄庁」欄は、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。
 - 「受託をしようとする事務」欄は、今回申請するものについて、該当する欄に「○」を記載してください。
 - 「実施事業」欄は、既に指定等を受けている事業について、該当する欄に「○」を記入してください。
 - 「既に指定等を受けている事業等の指定（許可）年月日」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、保険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年4月1日」）を記載してください。
 - 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。

介護保険法施行令第11条の2第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

知 事 殿

住 所

申請者

氏 名 (法人名及び代表者名)

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

記

【介護保険法施行令第11条の2第2項】

- 一 当該申請に係る事務所の介護支援専門員の人員が、厚生労働省令で定める員数を満たしていないとき（法第二十四条の二第一項第二号の事務を受託しようとする場合に限る。）。
- 二 申請者が、厚生労働省令で定める受託事務の運営に関する基準に従って適正な受託事務の運営をすることができないと認められるとき。
- 三 申請者が、居宅サービス等（法第二十三条に規定する居宅サービス等をいう。以下この条及び第十一条の五において同じ。）を提供しているとき。ただし、厚生労働省令で定める特別の事情があると都道府県知事が認めるときは、この限りではない。
- 四 申請者が、法及び第三十五条の二各号に掲げる法律の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五 申請者が、第十一条の五第一項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者であるとき。
- 六 申請者が、第十一条の五第一項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法（平成五年法律第八十八号）第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に次条第一項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 七 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等又は受託事務に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 八 申請者の役員等（法第七十条第二項第六号に規定する役員等をいう。）のうちに次のいずれかに該当する者があるとき。
 - イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者
 - ロ 第四号又は前号に該当する者
 - ハ 第十一条の五第一項の規定により指定を取り消された法人において、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内にその役員等であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないもの
 - ニ 第六号に規定する期間内に次条第一項の規定による事業の廃止の届出をした法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）において、同号の通知の日前六十日以内にその役員等であった者で当該届出の日から起算して五年を経過しないもの

変更届出書

年 月 日

知事 殿

住所
申請者（所在地）
氏名
（名称及び代表者氏名）

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

指定内容を変更した事務所		名称
		所在地
受託事務の種類		
変更があった事項		変更の内容
1	事務所の名称	(変更前)
2	事務所の所在地	
3	申請者の名称	
4	主たる事務所の所在地	
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	
6	定款・寄附行為及びその登記事項証明書等 (当該事務に関するものに限る。)	(変更後)
7	事務所の建物の構造、専用区画等	
8	事務所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	
9	運営規程	
10	役員の氏名、生年月日及び住所	
11	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	
変更年月日		年 月 日

- 備考1 該当項目番号に○を付してください。
2 変更内容が分かる書類を添付してください。

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

知事 殿

住所
申請者（所在地）
氏名
（名称及び代表者氏名）

次のとおり受託事務の廃止（休止・再開）をしましたので届け出ます。

廃止（休止・再開）する事務所	名称
	所在地
休止・廃止・再開の別	休止 ・ 廃止 ・ 再開
休止・廃止・再開した年月日	年 月 日
休止・廃止した理由	
現に事務を受託している市町村に対する措置 （休止・廃止した場合のみ）	
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日

備考 受託事務の再開に係る届出にあっては、施行規則に定める当該受託事務に係る職員
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。

受付番号

指定市町村事務受託法人 指定更新申請書

年 月 日

知事 殿 所在地
申請者 名称

介護保険法に規定する指定市町村事務受託法人に係る指定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。

		事務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 -)			
		都道 郡市 府県 区			
	(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	法人の種別			法人所轄庁	
	代表者の職・ 氏名・生年月日	職名	フリガナ		生年月日
氏名					
代表者の住所	(郵便番号 -)				
	都道 郡市 府県 区				
(ビルの名称等)					
指定更新を受けようとする 事務所	フリガナ 名称				
	事務所の所在地	(郵便番号 -)			
		都道 郡市 府県 区			
	(ビルの名称等)				
事務所連絡先	電話番号		FAX番号		
指定更新を受けようとする事務	法第二十四条の二第一項第一号に規定する事務(照会等事務)				
	法第二十四条の二第一項第二号に規定する事務(要介護認定調査事務)				
管理者の氏名、生年月日	フリガナ		生年月日	住所・経歴 別添のとおり	
住所及び経歴	氏名				
現に受けている指定の有効期間満了日					
役員の氏名、生年月日及び住所			別添のとおり		
施行規則第34条の3各号に該当しないことを誓約する書面			別添のとおり		
介護支援専門員の氏名及びその登録番号			別添のとおり		

- 備考 1 「受付番号」「事務所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
 2 添付資料については、指定申請時の様式を参照してください。
 3 「指定更新を受けようとする事務」欄は、今回更新申請するものについて、該当する欄に「○」を記載してください。