

介護保険事業者みなし指定の届出 (指定申請) の手引き

通所リハビリテーション・

介護予防通所リハビリテーション編

愛知県福祉局高齢福祉課

目 次

I みなし指定の届出及び指定について

- 1 みなし指定の届出について
- 2 指定の基準
- 3 みなし指定の届出及び指定の流れ

II

- 1 みなし指定の届出の書類について
- 2 届出書類の記入要領
- 3 みなし指定を辞退している介護老人保健施設・病院等の指定
- 4 指定申請書類の記入要領

この手引きは、みなし指定の届出（新規指定の申請）をされる方に、運営基準を理解しながら手続きを行っていただけるよう作成しました。

また、既に開設された事業所の方にも、運営基準に則した適正な運営のために活用していただけましたら幸いです。

なお、この手引きは、随時見直しています。その都度、愛知県のホームページ（高齢福祉課介護保険指定・指導グループ）にて改訂版を提供しますので、必ずホームページで最新版を御確認の上、申請手続きをしてください。

この手引きは、令和2年3月版です。

I みなし指定の届出及び指定について

I-1 みなし指定の届出について

- ・ 愛知県内（名古屋市、東三河地区（豊橋市、豊川市、蒲郡市、新城市、田原市、設楽町、東栄町、豊根村）、岡崎市、豊田市を除く。）に事業所を設置し、介護保険法に基づく居宅サービス（介護予防サービス）の事業を行い介護報酬を受けるには、愛知県知事の指定を受ける必要があります。
- ・ 通所リハビリテーションは、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院が行うことができます。
- ・ また、通所リハビリテーションは、介護老人保健施設及び介護医療院については、開設許可、病院及び診療所については、保険医療機関の指定を受けたとき、介護保険法の規定により指定があったものとみなされます。なお、届け出により、この指定を辞退することができますが、いったん辞退し、再度通所リハビリテーションを行うためには、指定申請が必要です。
- ・ 人員基準違反、設備・運営基準違反など取消し事由に該当した場合は、指定の取り消しや、指定の全部又は一部の効力停止（介護報酬の請求停止や新規利用者との契約停止など）の行政処分を受けることがあります。

【施設みなし】

介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可を受けた場合は、別段の申し出（みなし指定の辞退）のない限り、通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション事業所の指定を受けたものとみなされます。

介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可申請をしていただく際に、みなし指定の通所リハビリテーション（介護予防を含む）に必要な関係書類を提出していただくこととなります。

【医療みなし】

平成21年4月1日以降に保険医療機関の指定を受けた病院・診療所については、別段の申し出（みなし指定の辞退）のない限り、通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション事業所の指定を受けたものとみなされます。

ただし、実際に通所リハビリテーションを行い、介護報酬を請求するには、要件の確認をする必要があるため、原則、サービス提供開始月の前月15日までに必要書類を提出していただく必要があります。

なお、平成21年4月1日時点で、一般指定を受けていた病院・診療所については、すでに定められている指定更新の有効期間満了日の翌日にみなし指定に切り替わりま
す。更新手続きは不要です。

I-2 指定の基準

- ・ 通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション（以下「指定通所リハビリテーション」という。）についての指定基準は、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年厚生省令第37号、以下「基準省令」という。）及び「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」（平成18年厚生労働省令第35号）により規定されています。事業を行うにあたりこれらの省令、通知についての理解が必要です。
- ・ 基準省令は、必要最低限の基準を定めたものですので、事業者はこれらを遵守し、常に事業運営の向上に努めなければなりません。
- ・ なお、平成25年4月からは、これら国の基準をベースに県条例が制定されました。
- ・ 指定基準には、次の要件が定められています。

① 基本方針	指定通所リハビリテーションの目的など
② 人員基準	従業者の技能・人員に関する基準
③ 設備基準	事業所に必要な設備についての基準
④ 運営基準	保険給付の対象となる介護サービス事業を実施する上で求められる運営上の基準

(1) 基本方針のあらまし

指定通所リハビリテーションは、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものでなければなりません。

(2) 人員基準のあらまし

【病院、介護老人保健施設、介護医療院の場合】

ア 医師

- ・ 専任の常勤医師が1人以上勤務していること。
- ・ 指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されているものについては、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えありません。
- ・ 指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、当該介護老人保健施設又は当該介護医療院に常勤医師として勤務している場合には、常勤の要件を満たします。

また、指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院で

あつて、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されている事業所において指定通所リハビリテーション事業所の医師が、当該病院又は当該診療所の常勤医師と兼務している場合でも、常勤の要件を満たします。

イ 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員（以下「従事者」という。）

- ・単位ごとに利用者の数が10人以下の場合、サービス提供時間を通じて専ら通所リハビリテーションの提供に当たる従事者の数が1以上確保されていること。
- ・利用者の数が10人を超える場合は、サービス提供時間を通じて専ら通所リハビリテーションの提供に当たる従事者が、利用者の数を10で除した数以上確保されていること。

（例）利用者の数が25人の場合、サービス提供時間を通じて3人の従事者が必要

- ・リハビリテーションを提供する時間帯に、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者が100又はその端数を増すごとに1以上確保されていること。

※所要時間が1時間から2時間の通所リハビリテーションを行う場合、リハビリテーションを提供する時間帯に、理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士の代わりに定期的に適切な研修（①日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーションセラピスト研修、②全国病院理学療法協会の行う運動療法機能訓練技能講習会）を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師を配置することも可能。

【診療所の場合】

ア 医師

（利用者の数が同時に10人を超える場合）

- ・専任の常勤医師が1人以上勤務していること

（利用者の数が同時に10人以下の場合）

- ・専任の医師が1人勤務していること
- ・利用者数は、専任の医師1人に対し1日48人以内であること

イ 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員（以下「従事者」という。）

- ・単位ごとに利用者の数が10人以下の場合、サービス提供時間を通じて専ら通所リハビリテーションの提供に当たる従事者の数が1以上確保されていること。
- ・利用者の数が10人を超える場合は、サービス提供時間を通じて専ら通所リハビリテーションの提供に当たる従事者が、利用者の数を10で除した数以上確保されていること。
- ・リハビリテーションを提供する時間帯に、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴

覚士又は通所リハビリテーション若しくはこれに類するサービスに1年以上従事した経験を有する看護師が、常勤換算で、0.1以上確保されること。

※所要時間が1時間から2時間の通所リハビリテーションを行う場合、リハビリテーションを提供する時間帯に、理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士の代わりに定期的に適切な研修（①日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーションセラピスト研修、②全国病院理学療法協会の行う運動療法機能訓練技能講習会）を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師を配置することも可能。

※常勤換算方法とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。この場合の勤務延時間数は、当該事業所の指定に係る事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該事業所が訪問介護と通所リハビリテーションの指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が訪問介護の訪問介護員と通所リハビリテーションの介護職員を兼務する場合、介護職員の勤務延時間数には、介護職員としての勤務時間だけを算入することとなるものであること。（小数点第2位切り捨て）

【共通事項】

※7時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションの前後に連続してサービスを行う場合は、事業所の実情に応じて、延長サービス時間中に適当数の従事者を配置することで足りる。

※提供時間を通じて専ら通所リハビリテーションの提供に当たる従事者を確保することとは、例えばサービス提供時間が9:00～16:00の場合、A従事者が9:00～12:00まで勤務し、引き続きB従事者が12:00～16:00まで勤務すれば、サービス提供時間を通じて従事者が確保されたこととなります。

※利用者の数→実人員、利用定員→あらかじめ定めた利用者の数の上限

新規申請や変更届出は予定の勤務形態を提出することになるので、人員基準は利用定員で考えます。

※同一事業所で複数の単位の通所リハビリテーションを同時に行う場合は、同時に行われる単位の数の常勤の従業者が必要となります。

※従事者1人が1日に行うことのできる通所リハビリテーションは2単位までです。ただし、1時間から2時間までの通所リハビリテーションについては0.5単位として計算します。

※経験を有する看護師とは、診療報酬の算定方法に定める重度認知症患者デイケア、精神科デイケア、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料に係る施設基準の届出を行った保険医療機関等又は「指定居宅サービスに要する

費用の額の算定に関する基準」(平成12年厚生省告示第19号)に定める通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定通所リハビリテーション事業所、「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防の効果的な支援の方法に関する基準」(平成18年厚生労働省告示第35号)に定める介護予防通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定介護予防通所リハビリテーション事業所、「厚生労働大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数」(平成12年厚生省告示第30号)に定める理学療法、作業療法に係る施設基準の届出を行った介護保険施設において、それらに1年以上従事した者であること。

(3) 設備基準のあらまし

① 通所リハビリテーション事業所ごとに備える設備については、専ら通所リハビリテーション事業の用に供するものでなければなりません。病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が互いに併設される場合(同一敷地内にある場合、又は公道をはさんで隣接している場合をいう。)であって、そのうちの複数の施設において、指定通所リハビリテーション事業を行う場合には、以下の条件に適合するときは、それぞれの通所リハビリテーションを行うためのスペースが同一の部屋等であっても差し支えありません。

(ア) 当該部屋等において、それぞれの通所リハビリテーションを行うためのスペースが明確に区分されていること。

(イ) それぞれの通所リハビリテーションを行うためのスペースが、次に掲げる面積要件を満たしていること。

3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上であるものを有すること。ただし、介護老人保健施設又は介護医療院の場合は、当該専用の部屋等の面積に利用者用に確保されている食堂(リハビリテーションに供用されるものに限る。)の面積を加えるものとする。

② 指定通所介護の機能訓練室等と、指定通所介護事業所と併設の関係にある医療機関や介護老人保健施設における指定通所リハビリテーションを行うためのスペースについては、以下の条件に適合するときは、これらが同一の部屋等であっても差し支えありません。

(ア) 当該部屋等において、指定通所介護の機能訓練室等と指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが明確に区分されていること。

(イ) 指定通所介護の機能訓練室等として使用される区分が、指定通所介護の設備基準を満たし、かつ、指定通所リハビリテーションを行うためのスペースとして使用される区分が、指定通所リハビリテーションの設備基準を満たすこと。

ただし、保険医療機関が医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリ

ハビリテーションの届出を行っており、当該保険医療機関において、指定通所リハビリテーション（1時間以上2時間未満に限る）又は指定介護予防通所リハビリテーションを実施する場合には、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを受けている患者と介護保険の指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションの利用者に対するサービス提供に支障が生じない場合に限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えありません。この場合の通所リハビリテーションを行うために必要なスペースは、医療保険のリハビリテーションの患者数に関わらず、常時、3平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用者数（通所リハビリテーションの事業と介護予防通所リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合にあつては、通所リハビリテーションの利用者数と介護予防通所リハビリテーションの利用者数の合計数）を乗じた面積以上とします。

なお、機器及び機具は、サービス提供時間に関わらず、各サービスの提供に支障が生じない場合に限り、共用して差し支えありません。

- ③ 消火設備の非常災害に際して必要な設備及びサービス提供に必要な専用の機械及び器具を備えていること。消火設備その他の非常災害に際して必要な設備とは、消防法その他の法令等に規定された設備を示しており、それらの設備を確実に設置しなければなりません。

*通所リハビリテーションはあくまで病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院の中で行われるものですが、それぞれの本体施設の患者、入所者用の設備と通所リハビリテーションの利用者等用の設備の区分等が必要な場合がありますので、まずそれぞれの所管部局（保健所等）に確認してください。

（４） 運営基準のあらまし

運営の基準として次のような項目が、規定されています。

- ・ 利用申込者に対するサービス提供内容及び手続の説明及び同意
- ・ 提供拒否の禁止
- ・ サービス提供困難時の対応
- ・ 受給資格等の確認
- ・ 要介護及び要支援認定申請に係る援助
- ・ 心身の状況等の把握
- ・ 居宅介護支援事業者等との連携
- ・ 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助
- ・ 居宅サービス計画及び介護予防サービス計画に沿ったサービスの提供
- ・ 居宅サービス計画及び介護予防サービス計画等の変更の援助

- ・ サービスの提供の記録
- ・ 利用料等の受領
- ・ 保険給付の請求のための証明書の交付
- ・ 指定通所リハビリテーションの基本取扱方針
- ・ 指定通所リハビリテーションの具体的取扱方針
- ・ 通所リハビリテーション計画の作成
- ・ 利用者に関する市町村への通知
- ・ 緊急時等の対応
- ・ 管理者等の責務
- ・ 運営規程
- ・ 勤務体制の確保等
- ・ 定員の遵守
- ・ 非常災害対策
- ・ 衛生管理等
- ・ 運営規程の概要等の掲示
- ・ 秘密保持等
- ・ 居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者に対する利益供与の禁止
- ・ 苦情処理
- ・ 地域との連携
- ・ 事故発生時の対応
- ・ 会計の区分
- ・ 記録の整備

(5) 報酬請求のあらまし

ア 基本報酬

通所リハビリテーション事業所は、居宅介護支援事業所が作成する居宅サービス計画に基づき各事業所で作成する通所リハビリテーション計画に位置付けられた内容及び標準的所要時間で請求することとされており、サービスの提供前に運営基準に定められた手続きを経て通所リハビリテーション計画が作成されていなければ、介護報酬の請求はできません。

新規や区分変更申請等で要介護度が決まっていない場合や、諸事情で居宅サービス計画の入手が遅れた場合であっても、居宅介護支援事業所と連携を図り、サービスの提供前に通所リハビリテーション計画を作成しなければならないことに留意してください。

イ 各種加算

報酬基準（国の単位数表、告示、留意事項通知）に適合しない場合は介護報酬の請求はできません。

I-3 みなし指定の届出及び指定の流れ

(1) 受付担当部署

図面相談、新規申請及び加算届の受付は、事前予約が必要です。下記の担当窓口
に電話で予約をした上で申請窓口へお越しください。

※事業所の所在地が名古屋市、東三河広域連合（豊橋市、豊川市、蒲郡市、新城
市、田原市、設楽町、東栄町、豊根村）、岡崎市、豊田市の場合には各市等の窓
口へお問い合わせください。

・なお、図面相談については、新規申請前の早い段階で審査を受けるようお願い
いたします。

【介護老人保健施設又は介護医療院で行う場合】

愛知県福祉局高齢福祉課介護保険指定・指導グループ

〒460-8501

名古屋市中区三の丸3-1-2

電話 052-954-6289

FAX 052-954-6919

【保険医療機関（病院、診療所）で行う場合】

事業所の所在地	担当福祉相談センター
(市部) 一宮市、瀬戸市、半田市、春日井市、津島市、犬山市、常滑市、江南市、小牧市、稲沢市、東海市、大府市、知多市、尾張旭市、岩倉市、豊明市、日進市、愛西市、清須市、北名古屋市、弥富市、あま市、長久手市 (愛知郡) 東郷町 (西春日井郡) 豊山町 (丹羽郡) 大口町、扶桑町 (海部郡) 大治町、蟹江町、飛島村 (知多郡) 阿久比町、東浦町、南知多町、美浜町、武豊町	尾張福祉相談センター 地域福祉課 〒460-0001 名古屋市中区三の丸2-6-1 (三の丸庁舎7階) 電話 052-961-1423 FAX 052-961-7288
(市部) 碧南市、刈谷市、安城市、西尾市、知立市、高浜市、みよし市 (額田郡) 幸田町	西三河福祉相談センター 地域福祉課 〒444-0860 岡崎市明大寺本町1-4 (西三河総合庁舎9階) 電話 0564-27-2737 FAX 0564-27-2816

- ・提出書類の様式などは、愛知県福祉局高齢福祉課のホームページ <http://www.pref.aichi.jp/korei/kaigohoken/> に掲載しています。

(2) 届出期日等

【介護老人保健施設又は介護医療院で行う場合】

① 開設許可日から行う場合

介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可申請と一体的に手続きをしていただくこととなります。開設予定月の前々月の末日までに必要な関係書類を提出してください。

② ①以外の場合

各月15日までに届出が受理された場合は、翌月の初日から事業の開始（加算の算定）が可能です。

（15日が閉庁日の場合は、直近前開庁日を受付期日とします。）

【保険医療機関（病院、診療所）で行う場合】

① 保険医療機関として指定された当月から行う場合

保険医療機関の指定と同時に介護保険サービスを実施する場合は、高齢福祉課から指定月の月上旬頃に当該医療機関に通知が送付され、その通知に必要書類の提出期限（指定月の下旬頃）が記載されています。

提出期限までに必要書類を御提出いただき、届出が受理された場合は、指定日から介護保険サービスを行い、介護報酬を請求することが可能となります。

② ①以外の場合

各月15日までに届出が受理された場合は、翌月の初日から事業の開始（加算の算定）が可能です。

（15日が閉庁日の場合は、直近前開庁日を受付期日とします。）

【みなし指定を辞退した場合】

みなし指定辞退後、あらためて、事業を開始しようとする場合は、愛知県知事の指定を受ける必要があるため、次の基本ルール、スケジュール等が適用されます。

ア 基本ルール

① 指定は、指定希望月の前々月末の午後5時までに受け、受理した申請書類を審査の上、翌々月の1日付で行います。指定は月1回です。

例：1月25日に受理した申請は、審査の上、3月1日に指定する。

なお、月の末日が閉庁日の場合は、直前の開庁日を締切日とします。

例：月の末日が日曜日の場合は、その前々日の金曜日が締切日。

② 書類に不備のあるものについては、受理しません。

③ 申請時点で、建物・備品等が使用可能な状態になっている必要があります。
申請を受理した翌日に調査しても基準を満たしていることが確認できる状況となっていることが必要です。なお、原則として、指定日以後、3か月以内に、申請内容と相違ないか確認するため現地確認を行います。(医療みなしは、原則、現地確認は行いません。)

イ みなし指定辞退後再指定申請のスケジュール

再指定申請についての大まかなスケジュールは、次ページの図 I-3-1 のとおりです。

(3) 業務管理体制整備に関する届出

法人として、新規に介護サービスを始めた場合は、医療みなし事業所のみを事業所を除き、法人単位で、業務管理体制を整備し、愛知県高齢福祉課介護保険指定・指導グループ（電話（直）052-954-6289）に届け出る必要があります。 指定申請とは別に、届け出る必要がありますので忘れないようにお願いします。

届出が必要な事由、届出様式などは、愛知県福祉局高齢福祉課介護保険指定・指導グループのホームページ (<http://www.pref.aichi.jp/korei/kaigohoken/>) に掲載しています。

(4) 生活保護法の指定

平成26年7月1日以降に介護保険法による指定又は開設許可を受けた介護機関は、生活保護法の指定介護機関の指定を受けたものとみなされます。生活保護法に基づく指定申請の手続きは必要ありません。生活保護の指定が不要な場合は届出が必要となります。

事業所の所在地が名古屋市・豊橋市・岡崎市・豊田市の場合には各市の窓口へお問い合わせください。

上記以外の市町村の場合は、愛知県福祉局福祉部地域福祉課生活保護グループが担当です。(電話（直）052-954-6263)

ただし平成26年6月30日以前に介護保険法による指定又は開設許可を受けた介護機関で、生活保護法の指定を受けていない介護機関は、指定を受けようとする場合には申請が必要となります。

詳細について <http://www.pref.aichi.jp/0000072775.html> を参照してください。

(5) その他

他の公費負担制度の手続きについては、それぞれの所管部局に御確認ください。

図 I - 3 - 1 みなし指定辞退後再指定申請のスケジュール

指定月の前々月の末日まで	<p>1 事前相談</p> <p>① 指定に係る基準の説明</p> <p>② 事業者からの質問に対する応答</p> <p>③ 図面相談（建物新築、改修にあたって建築図面でチェック）</p>
	<p>2 申請（通例3回程度対応）</p> <p>申請書類のチェック</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 欠格事由、人員基準、設備・運営基準適合性など。 ・ 人員基準は、資格証、雇用契約書、勤務体制・形態表等で確認 ・ 設備基準は、図面及び写真で確認 ・ 運営基準は、運営規程で確認 <p>※申請時点で、必要な人員が確保できていること、基準に適合した建物設備等が確保されていること。</p>
	<p>3 受理（月の末日締切。末日が閉庁日の場合は直前の開庁日）</p>
前月	<p>4 審査</p> <p>① 書面を再チェック（必要があれば補正）</p> <p>② 台帳入力</p> <p>③ 事業所指定番号付番</p>
	<p>5 指定（毎月1回、1日付け）</p> <p>① 指定通知書の送付</p> <p>② 県高齢福祉課介護保険指定・指導グループのホームページに公示</p>
指定月	<p>6 現地確認</p> <p>人員基準に基づく従業者の適正配置、就業状況、資格要件などに重点をおき、指定申請時の内容を確認する。</p>
指定月以降	<p>7 通常の実地指導（人員基準・設備基準・運営基準・介護報酬・運営状況）</p>

Ⅱ－１ みなし指定の届出の書類について

- ・ 保険医療機関（病院、診療所）、介護老人保健施設、介護医療院とも、表Ⅱ－１の１の書類が必要です。
- ・ 通所リハビリテーション事業と介護予防通所リハビリテーション事業を同時に申請する場合は、別々に書類を作成する必要はありません。但し、各書類において、サービス種類を記載する箇所に両方のサービス名を記載する必要があります。

- ・ 下記書類の他に、必要に応じて追加資料を求める場合があります。

表Ⅱ－１の１ 届出書類一覧（通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション）

<p>(1) 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書＜指定事業者用＞（別紙２）</p> <p>(2) 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅サービス用（別紙１） <input type="checkbox"/> 介護予防サービス用（別紙１－２）</p> <p>【共通】</p> <p><input type="checkbox"/> 栄養改善加算（管理栄養士１名以上配置）</p> <p><input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算（言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を１名以上配置）</p> <p><input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算（個別に担当者を定める）</p> <p><input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算</p> <p>【介護給付】</p> <p><input type="checkbox"/> 算定区分（通常規模・大規模Ⅰ・大規模Ⅱ）別添６－３により確認</p> <p><input type="checkbox"/> 時間延長サービス体制（対応できる従業者について、勤務形態一覧表に○印を記入）</p> <p><input type="checkbox"/> 入浴介助体制（有→浴槽の写真）</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション加算</p> <p>【介護予防】</p> <p><input type="checkbox"/> 運動器機能向上加算（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師を１名以上配置）</p> <p><input type="checkbox"/> 事業所評価加算（申出）（有・無）</p> <p>※サービス提供体制強化加算は事業所として３ヶ月分の実績が必要です。よって、新規指定から４ヶ月目の事業所が、加算要件に合致した場合に届け出ることができます。</p> <p>例：令和２年３月１日指定</p> <p>→令和２年６月１日から６月１５日までに届出（郵送は不可）</p> <p>（令和２年３月から令和２年５月の３ヶ月実績）</p> <p>→令和２年７月１日から加算算定可</p> <p>(3) 通所リハビリテーションの算定区分確認表（別添６－３）</p> <p>(4) 欠格事由に該当していない旨の誓約書</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅サービス用（別紙２０－１） <input type="checkbox"/> 介護予防サービス用（別紙２０－６）</p> <p>(5) 役員名簿（様式第２０－７）</p> <p>(6) 運営規程（共通・介護給付・予防給付）</p> <p>(7) 従業者の勤務体制及び勤務形態（参考様式１－５）</p> <p>※通所リハビリテーションに係る全ての人員分</p> <p>(8) 平面図</p> <p>※当該通所リハビリテーションを行う部屋を色分けするなど、明確にわかるようにしてください。また、その部屋の面積（内法）を記入してください。</p> <p>(9) 病院・診療所の使用許可証等の写し、老人保健施設・介護医療院の開設許可証の写し（※開設許可申請時以外の場合）</p>
--

**7、通所リハビリテーションの点検表【介護予防(有・無)】
【みなし辞退・再指定】**

※法人名	
※事業所の名称	
※連絡先	Tel

※内はご記入して持参ください。	1	2	3	4
点検日	/	/	/	/
対応職員				
※相談者				

※(点検を受ける前に)今後の制度改正の状況に十分注意し、県より補正依頼があった場合は迅速に対応しますか。(はい・いいえ)

書類	1	2	3	4	チェック内容
1 指定申請書(様式第1)					<input type="checkbox"/> 不一致の有無(名称・所在地・郵便番号・代表者・管理者・電話番号・FAX番号・登記事項証明書・添付書類などが間違っただけを記入していないかどうか) <input type="checkbox"/> 病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院の別
2 指定に係る記載事項(別紙7)					<input type="checkbox"/> 登記事項証明書の目的の中に、通所リハビリテーションの場合は「居宅サービス」・「通所リハビリテーション」等、介護予防通所リハビリテーションの場合は「介護予防サービス」・「介護予防通所リハビリテーション」等の適切な記載がされているかどうか(医療法人を除く)
3 商業登記事項証明書(直近3ヶ月以内の原本)					<input type="checkbox"/> 履歴事項全部証明書でも可 <input type="checkbox"/> 介護予防の表記が間に合わない場合→補正依頼申立書(別紙26)
4 病院若しくは診療所の使用許可証等の写し又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の開設許可証の写し					<input type="checkbox"/> 病院・診療所→所轄の保健所確認
5 欠格事由に該当していない旨の誓約書(別紙20-1、20-6)					<input type="checkbox"/> 法人の全役員と事業所の管理者が対象。 <input type="checkbox"/> 別紙20-1は居宅サービス用。介護予防サービス実施の場合には、別紙20-6も必要
6 役員名簿(様式第20-7)					<input type="checkbox"/> 法人の全役員と事業所の管理者が対象。 <input type="checkbox"/> 登記されていない役員がある場合は役員会議事録等の写しで全員の役員が確認できるもの
7 平面図(参考様式3)及び周辺地図					<input type="checkbox"/> 事業の運営を行うために必要な広さを有する特定の区画(事務室、受付、相談コーナーなど)→ 広さの数値を記入。 <input type="checkbox"/> 必要な設備・備品(例えば洗面所・机・椅子・パソコン・書庫など) (※写真にて確認するため、平面図に撮影した方向を記入)
8 従業者の勤務体制及び勤務形態(参考様式1-5) 【事業開始日から4週間分】					<input type="checkbox"/> 他の業務に兼務する場合にあっては、兼務先の勤務表(介護通所訪問リハビリテーションと併設の場合は原則として同一勤務表で可だが、その旨明記)
9 就業規則					<input type="checkbox"/> 常時10人以上の労働者を使用する使用者は、就業規則を作成し所轄労働基準監督署長に届出必要あり
10 運営規程					<input type="checkbox"/> 不一致の確認(名称、所在地、勤務表、営業日、営業時間、サービス提供時間) <input type="checkbox"/> 実施単位数、単位ごとの利用定員 <input type="checkbox"/> 利用料(<input type="checkbox"/> 通常地域外の送迎費用、 <input type="checkbox"/> 延長料金、 <input type="checkbox"/> 食費、 <input type="checkbox"/> おむつ代、 <input type="checkbox"/> その他の日常生活費) <input type="checkbox"/> 保険給付の対象とならない費用の積算根拠(<input type="checkbox"/> 食費) <input type="checkbox"/> 実施地域の特定(区町名まで) <input type="checkbox"/> 緊急時の対応 <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> 守秘義務
11 苦情を処理するための措置の概要(参考様式6)					<input type="checkbox"/> 記録の保存と再利用 <input type="checkbox"/> 担当者名、電話番号、FAX
12 介護給付費算定に係る届出書(別紙2)					<input type="checkbox"/> 郵便番号、氏名、住所等の不一致の確認
13 介護給付費算定に係る一覧表(別紙1、別紙1-2)					【共通】 <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハビリテーション実施加算(有→介護給付の場合、「リハビリテーションマネジメント加算」のいずれかを算定) <input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算(個別に担当者を定める) <input type="checkbox"/> 栄養アセスメント・栄養改善体制(管理栄養士1名以上配置) <input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置) <input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算(有→「LIFEへの登録」あり) <input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算(有→別紙様式2-1、2-2、2-3、2-4) 【介護給付】 <input type="checkbox"/> 算定区分(通常規模・大規模Ⅰ・大規模Ⅱ)別添6-3により確認 <input type="checkbox"/> 時間延長サービス体制(対応できる従業者について、勤務形態一覧表に○印を記入) <input type="checkbox"/> リハビリテーション提供体制加算(サービス提供時間3時間以上) <input type="checkbox"/> 入浴介助加算(有→浴槽の写真) <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算 <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ→「リハビリテーションマネジメント加算」のいずれかを算定) 【介護予防】 <input type="checkbox"/> 運動器機能向上体制(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師を1名以上配置) <input type="checkbox"/> 選択的サービス複数実施加算(有→運動器機能向上サービス、栄養改善サービス、口腔機能向上サービスのうち複数を実施) <input type="checkbox"/> 事業所評価加算[申出]の有無
14 証紙貼付書(様式第33)					<input type="checkbox"/> 愛知県収入証紙30,000円分が添付されているか。(消印はしないでください。)

申 送 事 項	1)
	2)
	3)

※管理者等申請内容を熟知した方が申請して下さい。

注) 次回の点検にもこの用紙を一緒に提出してください。

II-2 届出書類の記入要領

(1) 介護給付費算定に係る届出書

別紙2

担当者氏名	愛知 花子
電 話	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
ファクシミリ	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
受付番号	

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

愛知県知事殿

令和 年 月 日

所在地 愛知県〇〇市〇町〇番〇号
 名称 医療法人あいちけん
 代表者の氏名 代表取締役 愛知花子

代表者印

このことについて、関係書類を添えて次のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ	イリョウホウジンアイチケン				
	名称	医療法人あいちけん				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 愛知県〇〇市〇町〇番〇号				
	連絡先	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	
	法人の種類	医療法人	法人所轄庁	愛知県		
代表者の職・氏名	職名	理事長		フリガナ	アイチハナコ	
	氏名	愛知花子				
代表者の住所	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 愛知県〇〇市〇町〇番〇号					
事業所の状況	フリガナ	アイチマルマル通所リハビリテーションジギョウシヨ				
	事業所の名称	あいち〇〇通所リハビリテーション事業所				
	事業所の所在地	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 愛知県〇〇市〇町〇番〇号				
	連絡先	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	
	管理者の氏名	田中 花子				
管理者の住所	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 愛知県〇〇市〇町〇番〇号					
届出を行う事業等	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)年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目 (※変更の場合)
	訪問介護			1新規 2変更 3終了		
	訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
	訪問看護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問看護			1新規 2変更 3終了		
	訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了		
	介護予防居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了		
	通所介護			1新規 2変更 3終了		
	通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	介護予防通所リハビリテーション	○		1新規 2変更 3終了	令和〇年〇月〇日	
	短期入所生活介護	○		1新規 2変更 3終了	令和〇年〇月〇日	
	介護予防短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了		
	短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了		
	特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了		
	福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了		
	介護予防福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了		
	特定福祉用具販売			1新規 2変更 3終了		
	介護予防特定福祉用具販売			1新規 2変更 3終了		
	介護老人福祉施設			1新規 2変更 3終了		
	介護老人保健施設			1新規 2変更 3終了		
	介護医療院			1新規 2変更 3終了		
	介護療養型医療施設			1新規 2変更 3終了		
	介護保険事業所番号	2 3				
医療機関コード等						
特記事項	変 更 前		変 更 後			

① ② 届出者・印

- ・ 病院又は診療所により行われるものは法人でなくてもかまいません。但し、介護保険サービスの実施にあたって、県（国）の認可（社会福祉法人、医療法人等）が必要な法人については、別途法人を所管する部署との協議を行い、定款変更などの各手続きを済ませた上で、申請書類を提出してください。
- ・ 法人登記上、記載されている住所を記載します。（丁目・番地等は省略せずに記載すること。）
- ・ 法人の名称についても、省略しないで登記上の正式な法人名を記載します。（例：「医療法人」を「(医)」等のように省略しないこと。）
- ・ 郵便番号、電話番号など誤りがないようよく確認して記入してください。

③ 事業所の状況

- ・ 記載内容に違いがないよう確認してください。

④ 異動（予定）年月日

- ・ 介護老人保健施設又は介護医療院が開設許可申請と同時に実施する場合は、開設許可予定年月日を記入してください。
- ・ 保険医療機関が保険医療機関の指定された当月から実施する場合は、高齢福祉課から送付された通知文書記載の提出期限までに届出書類を提出する場合は、保険医療機関の指定年月日を記入してください。
- ・ 上記以外の場合は、届出書類を提出する日（15日まで）の翌月の1日として記入してください。

例：令和2年3月15日までに届出・受理 →令和2年4月1日

⑤ 医療機関コード等

- ・ 病院、診療所の場合、医療機関コードを記入してください。（ただし新規開業等の場合で医療機関コードが決まっていない場合は記載不要）

④施設等の区分欄

通所リハビリテーションの算定区分一覧表（別添6－3）により、事業所規模区分を算出してください。

介護老人保健施設の場合は、7通常規模の事業所（介護老人保健施設）、8大規模の事業所Ⅰ（介護老人保健施設）、9大規模の事業所Ⅱ（介護老人保健施設）のいずれかに○をつけてください。

保険医療機関の場合は、4通常規模の事業所（病院・診療所）、5大規模の事業所Ⅰ（病院・診療所）、6大規模の事業所Ⅱ（病院・診療所）のいずれかに○をつけてください。

介護医療院の場合は、A通常規模の事業所（介護医療院）、B大規模の事業所Ⅰ（介護医療院）、C大規模の事業所Ⅱ（介護医療院）のいずれかに○をつけてください。

(3) 通所リハビリテーションの算定区分確認表 (別添6-3)

- ・ 様式により計算してください。

(別添6-3)

通所リハビリテーションの算定区分確認表【新規事業者用】

(通常規模・大規模Ⅰ・大規模Ⅱ)

以下により計算すること。(青色の欄に数字を入力する。)

利用定員の90%に、予定される1月当たりの営業日数を乗じて算定する。

【注意事項】

- I 予定される1月当たりの営業日数は、指定日から1年間の営業予定日数を12で割って算定すること。
- II 介護予防のみを別単位で実施している事業所は、当単位の定員数は含めないこと。

提供時間帯	利用定員	90%	区分補正
1時間以上2時間未満 (区分補正 × 1/4)		0	0
2時間以上3時間未満 (区分補正 × 1/2)		0	0
3時間以上4時間未満 (区分補正 × 1/2)		0	0
4時間以上5時間未満 (区分補正 × 3/4)		0	0
5時間以上6時間未満 (区分補正 × 3/4)		0	0
6時間以上7時間未満		0	0
7時間以上8時間未満		0	0
予定される 1月当たりの営業日数			
毎日営業であれば1を入力 (毎日営業補正 × 6/7)			

平均利用延人員数(☆)
0.000

(☆) 算定区分 (小数点以下切上げ) 750以下:通常規模 751~900:大規模Ⅰ 901以上 :大規模Ⅱ
--

(4) 欠格事由に該当していない旨の誓約書

- ・ サービスの質の向上と悪質な事業者の排除を目的として、平成18年4月の介護保険法改正で、指定を行わない場合として、法人の役員等の欠格事由が規定されました。
- ・ また、愛知県暴力団排除条例第2条第3号に規定する暴力団員等が役員にある法人については、指定及び指定の更新を受けることができません。
- ・ この欠格事由に該当する役員等がないことについて、「欠格事由に該当していない旨の誓約書（別紙20-1居宅サービス用）」を提出します。
- ・ 介護予防通所リハビリテーション事業を実施する場合は、「欠格事由に該当していない旨の誓約書（別紙20-6介護予防サービス用）」もあわせて提出してください。
- ・ 役員等には、管理者を含みます。

役員^①の範囲

「医療法人」・・・①理事、②監事

「社会福祉法人」・・・①理事、②監事

「特定非営利活動法人」・・・①理事、②監事

「合同会社」（有限責任社員のみで構成）・・・①全社員

「合名会社」（無限責任社員のみで構成）・・・①全社員

「合資会社」（有限責任社員と無限責任社員とで構成）・・・①全社員

「株式会社」・・・①取締役（社外取締役を含む）、②執行役、③監査役（社外監査役）、
④会計参与

「地方公共団体」・・・①市町村長、②副市町村長

欠格事由に該当していない旨の誓約書

愛知県知事殿

申請者 住所

愛知県〇〇市〇町〇番〇号

氏名（法人にあつては名称及び代表者名）

医療法人あいちけん

理事長 愛知花子

印

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。（但し、申請者が法人である場合は、その役員等が下記の第四号から第九号までに該当しないこと又は申請者が法人でない事業所である場合は、その管理者が下記の第四号から第九号までに該当しないことを誓約します。）

記

（介護保険法第70条第2項）

- 一 申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第七十四条第一項の厚生労働省令で定める基準及び同項の厚生労働省令で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第七十四条第二項に規定する指定居宅サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な居宅サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 申請者が、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であるとき。
- 五 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの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。
- 五の二 申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるもの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。
- 五の三 申請者が、社会保険各法又は労働保険の保険料の徴収等に関する法律（昭和四十四年法律第八十四号）の定めるところにより納付義務を負う保険料、負担金又は掛金（地方税法の規定による国民健康保険税を含む。以下この号、第七十八条の二第四項第五号の三、第九十四条第三項第五号の三、第一百五十五条の二第二項第五号の三、第一百五十五条の十二第二項第五号の三及び第二百三条第二項において「保険料等」という。）について、当該申請をした日の前日までに、これらの法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全て（当該処分を受けた者が、当該処分に係る保険料等の納付義務を負うことを定める法律によって納付義務を負う保険料等に限る。第七十八条の二第四項第五号の三、第九十四条第三項第五号の三、第一百五十五条の二第二項第五号の三及び第一百五十五条の十二第二項第五号の三において同じ。）を引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者（特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、第七十七条第一項又は第一百五十五条の三十五第六項の規定により指定（特定施設入居者生活介護に係る指定を除く。）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（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、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つた日前六十日以内に当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等以上の支配力を有するものと認められる者を含む。第五節及び第二百三条第二項において同じ。）又はその事業所を管理する者その他の政令で定める使用人（以下「役員等」という。）であつた者で当該取消の日から起算し

て五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

六の二 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、第七十七条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定(特定施設入居者生活介護に係る指定に限る。)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(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、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当該法人の役員等であった者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

六の三 申請者と密接な関係を有する者(申請者(法人に限る。以下この号において同じ。)の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの(以下この号において「申請者の親会社等」という。)、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの)のうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。以下この章において同じ。)が、第七十七条第一項又は第百十五条の三十五第六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ていないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

七 申請者が、第七十七条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定による指定の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第七十五条第二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。

七の二 申請者が、第七十六条第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第七十七条第一項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第七十五条第二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。

八 第七号に規定する期間内に第七十五条第二項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人(当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所(当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。)の管理者であった者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

九 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

十 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、法人で、その役員等のうちに第四号から第六号まで又は第七号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

十の二 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、法人で、その役員等のうちに第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

十一 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、法人でない事業所で、その管理者

が第四号から第六号まで又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。
十二 申請者（特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。

【愛知県条例で定める者】

指定居宅サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例

（平成24年12月21日 愛知県条例第70号）

（指定居宅サービス事業者の指定に係る申請者の要件）

第十条 法第七十条第二項第一号（法第七十条の二第四項において準用する場合を含む。次項において同じ。）の条例で定める者は、法人（その役員のうち暴力団員等があるものを除く。）とする。

2 前項の規定にかかわらず、病院、診療所若しくは薬局により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る指定の申請にあっては、法第七十条第二項第一号の条例で定める者は、次の各号のいずれにも該当しない者とする。

一 暴力団員等

二 法人でその役員のうち暴力団員等があるもの

欠格事由に該当していない旨の誓約書

愛知県知事殿

申請者 住所

愛知県〇〇市〇町〇番〇号

氏名 (法人にあつては名称及び代表者名)

医療法人あいちけん

理事長 愛知花子

印

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。(但し、申請者が法人である場合は、その役員等が下記の第四号から第六号まで又は第七号から第九号までに該当しないこと又は申請者が法人でない事業所である場合は、その管理者が下記の第四号から第六号まで又は第七号から第九号までに該当しないことを誓約します。)

記

(介護保険法第 115 条の 2 第 2 項)

- 一 申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第百十五条の四第一項の厚生労働省令で定める基準及び同項の厚生労働省令で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第百十五条の四第二項に規定する指定介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準又は指定介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護予防サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 申請者が、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であるとき。
- 五 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの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。
- 五の二 申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるもの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。
- 五の三 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全てを引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、第百十五条の九第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定を除く。)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(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消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つた日前六十日以内に当該法人の役員等であつた者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があつた日前六十日以内に当該事業所の管理者であつた者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 六の二 申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、第百十五条の九第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定に限る。)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(当該指定を取り消された者が法人である

場合においては、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以前六十日以内に当該法人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を含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日以前六十日以内に当該事業所の管理者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を含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

六の三 申請者と密接な関係を有する者が、第百十五条の九第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

七 申請者が、第百十五条の九第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定による指定の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第百十五条の五第二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。

七の二 申請者が、第百十五条の七第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第百十五条の九第一項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第百十五条の五第二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。

八 第七号に規定する期間内に第百十五条の五第二項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日以前六十日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所（当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

九 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

十 申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人で、その役員等のうちに第四号から第六号まで又は第七号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

十の二 申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、法人で、その役員等のうちに第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

十一 申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第六号まで又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。

十二 申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。

【愛知県条例で定める者】

指定居宅サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例

（平成24年12月21日 愛知県条例第70号）

（指定居宅サービス事業者の指定に係る申請者の要件）

第十条 法第七十条第二項第一号（法第七十条の二第四項において準用する場合を含む。次項において同じ。）の条例で定める者は、法人（その役員の中に暴力団員等があるものを除く。）とする。

2 前項の規定にかかわらず、病院、診療所若しくは薬局により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る指定の申請にあっては、法第七十条第二項第一号の条例で定める者は、次の各号のいずれにも該当しない者とする。

一 暴力団員等

二 法人でその役員の中に暴力団員等があるもの

(5) 役員名簿

- ・ 誓約書の対象となる役員等について一覧表に記してください。
- ・ 役員等の範囲は、当該法人の申請書類を提出する日現在の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わない。）及び管理者です。
- ・ 管理者を忘れずに記載してください。

様式第20-7

役員名簿

(1枚中の1)

(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	役職名	(郵便番号) 住所
あいち はなこ 愛知 花子	昭〇〇. 〇.〇	女	理事長	(〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇町〇番〇号
たなか たろう 田中 太郎	昭〇〇. 〇.〇	男	理事	(〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇町〇番〇号
たなか はなこ 田中 花子	昭〇〇. 〇.〇	女	管理者	(〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇町〇番〇号
				(-)

(6) 運営規程（居宅サービス、介護予防サービス共通）

- ・ 運営規程には、次の内容を記載する必要があります。

1	事業の目的及び運営の方針	
2	従業者の職種、員数及び職務の内容	
3	営業日及び営業時間	単位ごとに記載すること
4	指定通所リハビリテーションの利用定員	単位ごとに記載すること
5	指定通所リハビリテーションの内容及び 利用料その他の費用の額	
6	通常の事業の実施地域	客観的にその区域が特定されること。
7	サービス利用に当たっての留意事項	
8	非常災害対策	
9	その他運営に関する重要事項	

- ・ 運営規程の例を愛知県高齢福祉課介護保険指定・指導グループのホームページ（<http://www.pref.aichi.jp/korei/kaigohoken/application/form/provision/16-66.doc>）に掲載していますので参考にしてください。
- ・ 従業者の職種、員数は、(7) 従業者の勤務体制及び勤務形態の記載と合致するようにしてください。

⑤ 勤務形態

- 勤務形態の区分（A，B，C，D）は、常勤か非常勤か、専従か兼務かによって区別されています。

区分	専従	兼務
常勤	A	B
非常勤	C	D

- 介護保険上の常勤、非常勤、専従及び兼務の意味は次のとおりです。

常勤	正規職員、パート、派遣など雇用形態にかかわらず、「常勤職員の勤務時間数」を勤務する場合はすべて常勤です。
非常勤	この事業所における勤務時間が、「常勤職員の勤務時間数」に満たない場合は、非常勤です。正規職員であっても同一法人の同一敷地内のない他の事業所を兼務している場合などは、非常勤です。
専従	当該事業所の他の職種に従事せず、同一敷地内の同一法人が経営する他の事業所の職務に従事していない場合です。
兼務	当該事業所の他の職種又は同一敷地内の同一法人が経営する他の事業所の職務に従事している場合です。

⑥ 氏名

- 資格証と不一致がないようにしてください。改姓され、現在資格証の書き換え手続き中である場合は、公的機関が発行する書類により改姓したことを示す必要があります。具体的には、戸籍抄本、免許証の裏書き、年金手帳などのコピーを提出します。

⑦ 4週の合計・週平均の勤務時間

- 「4週の合計」は、1日から28日までの勤務時間数を合計した数字を記入してください。
- ただし、「週平均の勤務時間」は、祝日や年末年始の特別休業がなかったものとして、通常の週の平均勤務時間を記入してください。

例：1日8時間の常勤職員

→ 年末年始休業もあり4週の合計が128時間であったとしても、週平均勤務時間は、40時間とする。

⑧ 常勤換算後の人数（P5参照）

- 常勤換算の数字は、（職種ごとの「週平均の勤務時間」の合計数）÷（常勤職員の1週間あたりの勤務時間）で計算し、小数点以下第2位を切り捨てます。

⑨ 兼務先及び兼務する職種

- 同一事業所の他の職種に従事するか、同一敷地内で同一法人が行う事業に従事している場合、兼務先と兼務する職種及び従事時間（例：1日4時間、週20時間）を記入します。

(8) 平面図（参考様式3）

- ・ 当該通所リハビリテーションを行う部屋を色分けするなど明確に分かるようにしてください。また、その部屋の面積（内法）を記入してください。

(9) 病院・診療所の使用許可証等の写し、老人保健施設又は介護医療院の開設許可証等の写し

- ・ A4サイズにコピーして添付してください。
- ・ 介護老人保健施設又は介護医療院が開設許可申請と同時に実施する場合は、添付する必要はありません。

Ⅱ－３【みなし指定を辞退している病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院の指定】

- ・ 指定を辞退する旨の申し出をした後、改めて通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業の指定申請をするためには、表Ⅱ－１の２の書類が必要です。
- ・ 通所リハビリテーション事業と介護予防通所リハビリテーション事業を同時に申請する場合は、別々に書類を作成する必要はありません。但し、各書類において、サービス種類を記載する箇所に両方のサービス名を書く必要があります。
- ・ 申請にあたっては、事前にご相談の上、表Ⅱ－１の２の書類を番号順に揃えて、提出してください。
- ・ 下記書類の他に、必要に応じて追加資料を求める場合があります。

表Ⅱ－１の２ 指定申請書類一覧（通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション）

- | |
|---|
| <p>(1) 指定申請書（様式第1）</p> <p>(2) 指定に係る記載事項（別紙7）</p> <p>(3) 商業登記事項証明書（直近3ヶ月以内の原本）（法人以外の者の開設する病院又は診療所の場合は不要）</p> <p>(4) 病院・診療所の使用許可証等の写し、老人保健施設又は介護医療院の開設許可証等の写し</p> <p>(5) 欠格事由に該当していない旨の誓約書
<input type="checkbox"/> 居宅サービス用（別紙20-1） <input type="checkbox"/> 介護予防サービス用（別紙20-6）</p> <p>(6) 役員名簿（様式第20-7）</p> <p>(7) 平面図（参考様式3）及び周辺地図</p> <p>(8) 従業者の勤務体制及び勤務形態（参考様式1-5）</p> <p>(9) 就業規則</p> <p>(10) 運営規程（共通・介護給付・予防給付）</p> <p>(11) 苦情を処理するための措置の概要（参考様式6）</p> <p>(12) 介護給付費算定に係る届出書（別紙2）</p> <p>(13) 介護給付費算定に係る一覧表
<input type="checkbox"/> 居宅サービス用（別紙1） <input type="checkbox"/> 介護予防サービス用（別紙1-2）</p> <p>【共通】</p> <p><input type="checkbox"/> 栄養改善加算（管理栄養士1名以上配置）</p> <p><input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算（言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置）</p> <p><input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算（個別に担当者を定める）</p> <p><input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算</p> <p>【介護給付】</p> <p><input type="checkbox"/> 算定区分（通常規模・大規模Ⅰ・大規模Ⅱ）別添6-3により確認</p> <p><input type="checkbox"/> 時間延長サービス体制（対応できる従業者について、勤務形態一覧表に○印を記入）</p> <p><input type="checkbox"/> 入浴介助体制（有→浴槽の写真）</p> |
|---|

認知症短期集中リハビリテーション加算

【介護予防】

運動器機能向上加算（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師を1名以上配置）

事業所評価加算（申出）（有・無）

※サービス提供体制強化加算は事業所として3ヶ月分の実績が必要です。よって、新規指定から4ヶ月目の事業所が、加算要件に合致した場合に届け出ることができます。

例：令和2年3月1日指定

→令和2年6月1日から6月15日までに届出（郵送は不可）

（令和2年3月から令和2年5月の3ヶ月実績）

→令和2年7月1日から加算算定可

（14）証紙貼付書（様式第33）

**7、通所リハビリテーションの点検表【介護予防(有・無)】
【みなし辞退・再指定】**

※法人名	
※事業所の名称	
※連絡先	Tel

※内はご記入して持参ください。	1	2	3	4
点検日	/	/	/	/
対応職員				
※相談者				

※(点検を受ける前に)今後の制度改正の状況に十分注意し、県より補正依頼があった場合は迅速に対応しますか。(はい・いいえ)

書類	1	2	3	4	チェック内容
1 指定申請書(様式第1)					<input type="checkbox"/> 不一致の有無(名称・所在地・郵便番号・代表者・管理者・電話番号・FAX番号・登記事項証明書・添付書類などが間違った記入をしていないかどうか) <input type="checkbox"/> 病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院の別
2 指定に係る記載事項(別紙7)					<input type="checkbox"/> 登記事項証明書の目的の中に、通所リハビリテーションの場合は「居宅サービス」・「通所リハビリテーション」等、介護予防通所リハビリテーションの場合は「介護予防サービス」・「介護予防通所リハビリテーション」等の適切な記載がされているかどうか(医療法人を除く)
3 商業登記事項証明書(直近3ヶ月以内の原本)					<input type="checkbox"/> 履歴事項全部証明書でも可 <input type="checkbox"/> 介護予防の表記が間に合わない場合→補正依頼申立書(別紙26)
4 病院若しくは診療所の使用許可証等の写し又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の開設許可証の写し					<input type="checkbox"/> 病院・診療所→所轄の保健所確認
5 欠格事由に該当していない旨の誓約書(別紙20-1、20-6)					<input type="checkbox"/> 法人の全役員と事業所の管理者が対象。 <input type="checkbox"/> 別紙20-1は居宅サービス用。介護予防サービス実施の場合には、別紙20-6も必要
6 役員名簿(様式第20-7)					<input type="checkbox"/> 法人の全役員と事業所の管理者が対象。 <input type="checkbox"/> 登記されていない役員がある場合は役員会議事録等の写しで全員の役員が確認できるもの
7 平面図(参考様式3)及び周辺地図					<input type="checkbox"/> 事業の運営を行うために必要な広さを有する特定の区画(事務室、受付、相談コーナーなど)→ 広さの数値を記入。 <input type="checkbox"/> 必要な設備・備品(例えば洗面所・机・椅子・パソコン・書庫など) (※写真にて確認するため、平面図に撮影した方向を記入)
8 従業者の勤務体制及び勤務形態(参考様式1-5) 【事業開始日から4週間分】					<input type="checkbox"/> 他の業務に兼務する場合にあっては、兼務先の勤務表(介護通所訪問リハビリテーションと併設の場合は原則として同一勤務表で可だが、その旨明記)
9 就業規則					<input type="checkbox"/> 常時10人以上の労働者を使用する使用者は、就業規則を作成し所轄労働基準監督署長に届出必要あり
10 運営規程					<input type="checkbox"/> 不一致の確認(名称、所在地、勤務表、営業日、営業時間、サービス提供時間) <input type="checkbox"/> 実施単位数、単位ごとの利用定員 <input type="checkbox"/> 利用料(<input type="checkbox"/> 通常地域外の送迎費用、 <input type="checkbox"/> 延長料金、 <input type="checkbox"/> 食費、 <input type="checkbox"/> おむつ代、 <input type="checkbox"/> その他の日常生活費) <input type="checkbox"/> 保険給付の対象とならない費用の積算根拠(口食費) <input type="checkbox"/> 実施地域の特定(区町名まで) <input type="checkbox"/> 緊急時の対応 <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> 守秘義務
11 苦情を処理するための措置の概要(参考様式6)					<input type="checkbox"/> 記録の保存と再利用 <input type="checkbox"/> 担当者名、電話番号、FAX
12 介護給付費算定に係る届出書(別紙2)					<input type="checkbox"/> 郵便番号、氏名、住所等の不一致の確認
13 介護給付費算定に係る一覧表(別紙1、別紙1-2)					【共通】 <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハビリテーション実施加算(有→介護給付の場合、「リハビリテーションマネジメント加算」のいずれかを算定) <input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算(個別に担当者を定める) <input type="checkbox"/> 栄養アセスメント・栄養改善体制(管理栄養士1名以上配置) <input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置) <input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算(有→「LIFEへの登録」あり) <input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算(有→別紙様式2-1、2-2、2-3、2-4) 【介護給付】 <input type="checkbox"/> 算定区分(通常規模・大規模Ⅰ・大規模Ⅱ)別添6-3により確認 <input type="checkbox"/> 時間延長サービス体制(対応できる従業者について、勤務形態一覧表に○印を記入) <input type="checkbox"/> リハビリテーション提供体制加算(サービス提供時間3時間以上) <input type="checkbox"/> 入浴介助加算(有→浴槽の写真) <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算 <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ→「リハビリテーションマネジメント加算」のいずれかを算定) 【介護予防】 <input type="checkbox"/> 運動器機能向上体制(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師を1名以上配置) <input type="checkbox"/> 選択的サービス複数実施加算(有→運動器機能向上サービス、栄養改善サービス、口腔機能向上サービスのうち複数を実施) <input type="checkbox"/> 事業所評価加算[申出]の有無
14 証紙貼付書(様式第33)					<input type="checkbox"/> 愛知県収入証紙30,000円分が添付されているか。(消印はしないでください。)

申 送 事 項	1)
	2)
	3)

※管理者等申請内容を熟知した方が申請して下さい。

注) 次回の点検にもこの用紙を一緒に提出してください。

II-4 指定申請書類の記入要領

(1) 指定申請書 (様式第1)

様式第1

		※受付番号				
愛知県知事 殿 申請者 住 所 愛知県〇〇市〇〇町〇番地〇号 (法人の場合は、主たる事務所の所在地) 医療法人 あいちけん 氏 名 理事長 愛知花子 (法人の場合は、名称並びに代表者の職及び氏名)		令和 〇年 〇月 〇日 ①				
指定居宅サービス事業者 指定居宅介護支援事業者 指定介護老人福祉施設 介護老人保健施設 指定介護予防サービス事業者		第70条第1項 第79条第1項 第86条第1項の規定により、次のとおり 第94条第1項 第115条の2第1項				
申請します。		※事業所所在地市町村番号				
申	ふりがな 氏名又は名称	いりょうほうじん あいちけん 医療法人 あいちけん				
	住所又は主たる事務所の所在地 (ビルの名称等)	愛知県〇〇市〇〇町〇番地〇号				
	連絡先電話番号	000-000-0000	F A X 番号 000-000-0000			
者	代表者の職・氏名・生年月日	職 名 理事長 ふりがな あいち はなこ 氏名 愛知 花子	生年月日 昭和〇年〇月〇日			
	代表者の住所 (ビルの名称等)	愛知県〇〇市〇〇町〇番地〇号				
	事業所名称	あいちまるまるつうしよりはびりてーしょんじぎょうしよ あいち〇〇通所リハビリテーション事業所				
指	事業所の所在地 (ビルの名称等)	愛知県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇号				
	連絡先電話番号	F A X 番号				
	事業等の種類	指定等を受けようとする事業等	事業開始等 予定年月日			
定 (開 設 許 可) を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設	訪問介護		別紙1のとおり	既に指定等を受けている事業等 指定等年月日	介護保険事業所番号	
	訪問入浴介護		別紙2のとおり			
	訪問看護		別紙3のとおり			
	訪問リハビリテーション		別紙4のとおり			
	居宅療養管理指導		別紙5のとおり			
	通所介護		別紙6のとおり			
	通所リハビリテーション	○	令和〇年〇月〇日	別紙7のとおり		
	短期入所生活介護			別紙8のとおり		
	短期入所療養介護			別紙9のとおり		
	特定施設入居者生活介護			別紙10のとおり		
	福祉用具貸与			別紙11のとおり		
	特定福祉用具販売			別紙12のとおり		
	介護老人福祉施設			別紙13のとおり		
	介護老人保健施設			別紙14のとおり		
	介護医療院			別紙15のとおり		
介護予防訪問入浴介護			別紙2のとおり			
介護予防訪問看護			別紙3のとおり			
介護予防訪問リハビリテーション			別紙4のとおり			
介護予防居宅療養管理指導			別紙5のとおり			
介護予防通所リハビリテーション	○	令和〇年〇月〇日	別紙7のとおり			
介護予防短期入所生活介護			別紙8のとおり			
介護予防短期入所療養介護			別紙9のとおり			
介護予防特定施設入居者生活介護			別紙10のとおり			
介護予防福祉用具貸与			別紙11のとおり			
特定介護予防福祉用具販売			別紙12のとおり			
医療機関等の区分及びコード	事業区分	コード				

① 申請者

- ・ 病院又は診療所により行われるものは法人でなくても構いません。但し、介護保険サービスの実施にあたって、県（国）の認可（社会福祉法人、医療法人等）が必要な法人については、別途法人を所管する部署との協議を行い、定款変更などの各手続きを済ませた上で、申請書類を提出してください。
- ・ 法人登記上、記載されている住所を記載します。（丁目・番地等は省略せずに記載すること。）
- ・ 法人の名称についても、省略しないで登記上の正式な法人名を記載します。（例：「医療法人」を「(医)」等のように省略しないこと。）
- ・ 郵便番号、電話番号など誤りがないようよく確認して記入してください。

② 印

- ・ 法務局に登録した印鑑（当該代表者印）を押印してください。

③ 法人所轄庁

- ・ 「法人の種別」が株式会社、合同会社等の場合は空欄とし、社会福祉法人、医療法人、特定非営利活動法人などは、所管する（認可等を受けた）官庁を記入します。

④ 事業所名称

- ・ 病院・診療所の場合は、当該病院・診療所名で登録されます。

⑤ 事業開始等予定年月日

- ・ 申請書類を提出する日の属する月の翌々月の1日として記入してください。
例：令和2年3月中に受理の見込み → 令和2年5月1日

⑥ 既に指定等を受けている事業等

- ・ 同一敷地内・同一申請者により既に指定等を受けている事業がある場合に、記入してください。

(2) 指定に係る記載事項 (別紙7)

別紙7 指定通所リハビリテーション事業者・指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定に係る記載事項

		※受付番号							
事業所	ふりがな	あいちまるまるつうしよりはびりてーしょんじぎょうしょ							
	名称	あいち〇〇通所リハビリテーション事業所							
	所在地	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇)							
		〇〇市〇町一丁目〇番〇号							
連絡先	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇					
管理者	ふりがな	たなか はなこ	(郵便番号 000-0000)						
	氏名	田中 花子	住所	〇市〇町〇丁目〇番〇号					
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日							
	管理を代行する者が選任されている場合にあっては、当該者の職種及び氏名								
事業所の種別		病院							
1日当たりの実施単位数		2		単位					
単位ごとの利用定員		1単位目	20 人	2単位目 20 人					
従業者の員数	②		医師		③				
			専従	兼務					
	常勤(人)			1					
	非常勤(人)								
	※基準上の必要員数(人)								
※適合の可否									
単位ごとの従業者の員数	1単位目	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士		看護職員		介護職員			
				経験看護師等		その他の者			
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)			2			2	2
		非常勤(人)						2	2
	常勤換算後の員数(人)		1						
	※基準上の必要員数(人)								
	※適合の可否								
	2単位目	常勤(人)			2			2	2
		非常勤(人)						2	2
常勤換算後の員数(人)		1							
※基準上の必要員数(人)									
※適合の可否									
④		専用の部屋等の面積(介護老人保健施設又は介護医療院の場合は、リハビリテーション利用者用の食堂を含む面積)		※基準上の必要面積		※適合の可否			
		100㎡		㎡以上					
⑤	営業日		月曜日から金曜日 (ただし、祝日、8月13日～15日、12月30日～1月3日を除く)						
	サービス提供時間		1単位目 10:00～11:10、2単位目 14:00～15:10						
	通常の事業の実施地域		〇〇市						

① 管理者

指定通所リハビリテーション事業所の管理者は、医師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護師のうちから選任した者に、必要な管理の代行をさせて差し支えありませんが、この場合、組織図等により指揮命令系統を明確にしなければなりません。

② 医師の数

常勤・専従、常勤・兼務、非常勤・専従、非常勤・兼務の区分ごとに記入します。

③ 理学療法士等、看護職員、介護職員の数

単位ごとに常勤・専従、常勤・兼務、非常勤・専従、非常勤・兼務の区分ごとに記入します。

④ 専用の部屋等の面積

内法、有効面積で利用定員に3㎡を乗じた面積以上が必要です。なお、老人保健施設の場合は、この面積に食堂の面積を加えたものとしてください。

⑤ 主な掲示事項

- ・ 「営業日」「営業時間」は、運営規程に記載されている内容のとおり記入してください。
- ・ 「通常の事業の実施地域」は、運営規程に定めたとおりに記載してください。書ききれない場合は、「別記」とし、別に記載した用紙を添付してください。
- ・ 「通常の事業の実施地域」は、サービス提供地域ではなく、この地域以外の利用者であっても利用者が希望すればサービスを提供することができます。
- ・ したがって、利用者の立場からは、通常の事業の実施地域が明確でないと不利益を被る場合もあるため、通常の事業の実施地域は客観的に定める必要があり、原則として、行政区画により規定します。

例：○名古屋市中区、春日井市、小牧市大草、小牧市光ヶ丘及び小牧市桃ヶ丘一丁目
× 「春日井市東部」「小牧市の一部」

- ・ 事業者の立場からは、「通常の事業の実施地域」は、次のような意義があります。

ア 事業者は正当な理由なくサービスの提供を拒むことができないが、通常の事業の実施地域外であることは、サービス提供を拒む正当な理由があるとされる。

イ 通常の事業の実施地域以外の場合には、交通費（送迎に要する実費）をその他の費用として徴収できる。

(3) 商業登記事項証明書

- ・ 商業登記、法人登記の登記事項証明書（3ヶ月以内に法務局から発行された原本）を添付してください。
- ・ 登記申請中で、月末までに、商業登記事項証明書が提出できない場合は、補正依頼申立書と法務局の受領印が押してある登記申請書類を提出してください。

(4) 病院・診療所の使用許可証等の写し、介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可証等の写し

- ・ みなし指定の届出と同様です。

(5) 欠格事由に該当していない旨の誓約書

- ・ みなし指定の届出と同様です。

(6) 役員名簿

- ・ みなし指定の届出と同様です。

(7) 平面図（参考様式3）

- ・ みなし指定の届出と同様です。

(8) 従業者の勤務体制及び勤務形態（参考様式1—5）

- ・ みなし指定の届出と同様です。

(9) 就業規則

- ・ 常時10人以上の労働者を使用する使用者は、就業規則を作成・労働基準監督署へ届出することとされていますので、そのコピーを添付してください。

なお、短時間労働者、いわゆるパートタイマーであっても、「常時10人以上の労働者」となります。

- ・ 就業規則を作成する必要のない使用者は、提出する必要はありません。
- ・ ただし、当該事業所においては10人未満であるが、同一法人の他の事業所において就業規則を作成しており、その就業規則を当該事業所の職員にも適用する場合は、その就業規則を添付してください。

(10) 運営規程（居宅サービス、介護予防サービス共通）

- ・ みなし指定の届出と同様です。

(11) 苦情を処理するための措置の概要（参考様式6）

- ・ 参考例を愛知県高齢福祉課介護保険指定・指導グループのホームページ

(<http://www.pref.aichi.jp/korei/kaigohoken/application/form/sankou/sy06.doc>)に掲載していますので、参考にして記入してください。

(12) 介護給付費算定に係る届出書（別紙2）

- ・ みなし指定の届出と同様です。

(13) 介護給付費算定に係る一覧表

- ・ みなし指定の届出と同様です。

(14) 証紙貼付書

- ・ 30,000円分の愛知県証紙を添付してください。(消印等はしないでください。)
- ・ なお、通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションを一体的に運営するために、同時に申請する場合は、介護予防通所リハビリテーションに係る手数料は免除されます。
- ・ 医療みなし、施設みなしの場合は、手数料の納付は必要ありません。