

大分県報

平成三十年
号外（二九）
三月三十日

（金曜日）

目次

規則

介護保険法施行細則の一部改正……………

規則

介護保険法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成三十年三月三十日

大分県知事 広 瀬 勝 貞

大分県規則第四十七号

介護保険法施行細則の一部を改正する規則

介護保険法施行細則（平成十二年大分県規則第五十九号）の一部を次のように改正する。

第五条第一項中、「第四十六条第一項」を削り、「第五十三条第一項本文及び旧法第四十八条第一項第三号」を「若しくは第五十三条第一項本文」に改め、「法第九十四条第一項」の下に「若しくは第七十七条第一項」を加え、
「指定介護予防サービス事業者」を「指定居宅介護支援事業者」

介護予防サービス事業者」に改める。

第六条第一項中、「第七十九条の二第一項」を「（法第七十五条の十一において準用する場合を含む。）」に、「第百十五條の十一において準用する法第七十条の二第一項及び」

を「若しくは第百八条第一項又は」に、「指定介護予防サービス事業者」を「指定居宅介護支援事業者」

サービス事業者」に改める。

第九条中、「第八十二条」を削り、「第百十五條の五及び」を「第百十三條若しくは第百十五條の五又は」に改め、「第百三十三條第一項」を削り、「第百四十條の二十二第一項及び」を「第百四十條の二の二第一項若しくは第百四十條の二十二第一項又は」に改める。

平成三十年三月三十日

第十三条の次に次の三条を加える。

（介護医療院の開設計可事項の変更申請）

第十三条の二 法第七十七条第二項の規定による変更の許可を受けようとする者は、介護医療院開設許可事項変更申請書（第十二号様式の二）を知事に提出しなければならない。

（介護医療院の管理者の承認申請）

第十三条の三 法第九十九条の規定による承認を受けようとする者は、介護医療院管理者承認申請書（第十二号様式の三）を知事に提出しなければならない。

（介護医療院の広告の許可の申請）

第十三条の四 法第十二条第一項第四号の許可を受けようとする者は、介護医療院広告事項許可申請書（第十二号様式の四）を知事に提出しなければならない。

第十五条第一項第二号中、「指定居宅介護支援事業者」を削る。

別表の 訪問介護事業所

介護予防訪問介護事業所

ハビリテーション事業所

訪問リハビリテーション事業所

介護事業所

介護事業所

予防通所介護事業所の項中「介護予防通所介護事業所」及び「又は指定介護予防サービスの事業に係る申請者の要件並びに人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例の一部を改正する条例（平成二十七年大分県条例第十号）附則第三項の規定によりなおその効力を有するものとされる同条例による改正前の指定介護予防サービスの事業に係る申請者の要件並びに人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成二十四年大分県条例第五十九号）第九十九条第五項に規定する単位ごとの指定介護予防通所介護」を削り、同表の居宅介護支援事業所の項を削り、同表の介護老人保健施設の項の次に次のように加える。

介護医療院

- 一 施設の医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士及び栄養士が、当該資格を有していることを証する書類
- 二 施設の看護職員が、看護師又は准看護師の資格を有することを証する書類
- 三 施設の介護支援専門員が、法第六十九条の二第一項の規定により介護支援専門員資格登録簿に登録されていることを証する書類

別表の介護療養型医療施設の項中第五号を削る。

第一号様式中

大分県報号外（規則）

介護老人保健施設					を
介護老人保健施設					に
介護医療院					を
介護予防訪問介護					を
介護予防訪問入浴介護					を
介護予防訪問入浴介護					を
介護予防居室療養管理指導					を
介護予防通所介護					を
介護予防居室療養管理指導					を
介護予防居室療養管理指導					を

総則

指定居宅サービス事業者
指定介護予防サービス事業者
指定居宅介護支援事業者
介護保険施設
指定居宅サービス事業者
指定（許可）申請書
介護保険施設
指定（許可）申請書

訪問介護					付表1	を
訪問介護					付表1	を
訪問介護（共生型）					付表1	を
通所介護					付表6	を

通所介護					付表6	を
通所介護（共生型）					付表6	を
短期入所生活介護					付表8	を
短期入所生活介護					付表8	を
短期入所生活介護（共生型）					付表8	を
居宅介護支援					付表13	を
介護療養型医療施設					付表13	を
介護老人保健施設					付表13	を
付表14					付表13	を
付表15					付表14	を
付表16					付表15	を
介護予防訪問介護					付表1	を
介護予防訪問入浴介護					付表2	を
介護予防訪問入浴介護					付表2	を
介護予防訪問入浴介護					付表2	を
介護予防居室療養管理指導					付表5	を
介護予防通所介護					付表6	を
介護予防通所介護					付表6	を
介護予防居室療養管理指導					付表5	を
介護予防短期入所生活介護					付表8	を
介護予防短期入所生活介護					付表8	を
介護予防短期入所生活介護（共生型）					付表8	を

同様式の付表1～付表16のうち「訪問介護・介護予防訪問介護事業所」を「訪問介護事業所」に改め、同様式の付表1を同様式の付表1（その1）とし、同表の次に次の一表を加える。

付表 1 (その2)

訪問介護事業所の指定に係る記載事項 (共生型訪問介護の場合)

ふりがな		受付番号	
名称	(郵便番号 ー ー)		
所在地	県 都 市		
連絡先	電話番号	FAX番号	
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文	第 ー 条 第 ー 項 第 ー 号		
ふりがな	住所	(郵便番号 ー ー)	
氏名	住所		
生年月日			
管理者	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)		
兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)	兼務する職種及び勤務時間等		
主たるサービス提供者	ふりがな	住所	(郵便番号 ー ー)
	氏名	住所	(郵便番号 ー ー)
従業者	訪問介護員等	専従	その他職員
常勤(人)		兼務	兼務
非常勤(人)			
営業換算後の人数(人)			
基準上の必要人数(人)			
適合の可否			
営業日	日 月 火 水 木 金 土 祝	その他年間の休日	
営業時間	平日 ー ー ー ー ー ー	土曜 ー ー ー ー ー ー	日曜・祝日 ー ー ー ー ー ー
主な拠出事項	利用料	法定代理受領分	
	その他の費用	法定代理受領分以外	
通常の事業実施地域	①	②	③
添付書類	備考	備考	備考

- 備考
- 1 「受付番号」基準上の必要人数「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 2 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紙に記載した書類を添付してください。
 - 3 「主な拠出事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 4 「その他職員」欄は、指定居宅介護事業所等の従業者について記入してください。
 - 5 出張所等がある場合、出張所等の所在地、サービス提供に当たる従業者の人数を明瞭にして記載してください。

第四号様式の付表4中

当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文	第 ー 条 第 ー 項 第 ー 号
病院、診療所、介護老人保健施設の別	

当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文	第 ー 条 第 ー 項 第 ー 号
病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院の別	

理学療法士	医師	理学療法士
専従	専従	専従
兼務	兼務	兼務

ここに定める。

「こみめ」同様式の付表5を次のよ

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

フリガナ		受付番号	
名称	(郵便番号 ー)		
所在地	県 都 市		
連絡先	電話番号	FAX番号	
	メールアドレス		
当該事業の実施について定めてある定款・常附行為等の条文章第 第 項 第 号			
病院、診療所、薬局の別			
提供する居宅療養管理指導の種類	医師の居宅療養管理指導	歯科医師の居宅療養管理指導	薬剤師の居宅療養管理指導
フリガナ	住所	(郵便番号 ー)	
氏名			
生年月日			
従業者	医師	歯科医師	薬剤師
非常勤(人)			歯科衛生士等
管理番号			管理栄養士
営業日	日 月 火 水 木 金 土 祝	その他年間の休日	
営業時間	平日	土曜	日曜・祝日
主な掲示事項	備考		
利用料	法定代理受領分		
その他の費用	法定代理受領分以外		
通常の事業実施地域	①	②	③
備考	④	⑤	
添付書類	別添のとおり		

- 備考
- 1 「受付番号」は、記入しないでください。
 - 2 「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添に記載した書類を添付してください。
 - 3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 4 「歯科衛生士等」には、保健師、看護師、准看護師を含みます。

第四号様式の付表6-1-1中「付表6-1」を「付表6(その1)」と、「通所介護・介護予防通所介護事業所」や「通所介護事業所」に改め、同表備考の中、「付表6-2」を「付表6(その2)」に改め、同表の(別添)中「通所介護・介護予防通所介護事業所」を「通所介護事業所」に改め、同様の付表6-2中「付表6-2」を「付表6(その2)」と、「通所介護・介護予防通所介護事業」を「通所介護事業」に改め、同表の次に次の三表を加える。

付表 6 (その 3)

通所介護事業所の指定に係る記載事項 (共生型通所介護の場合)

受付番号

ふりがな 名称										
所在地	(郵便番号 ー) 都 市									
連絡先	電話番号	FAX番号								
当該事業の実施について定められている定数・寄附行為等の条文	第 ー 条 第 ー 項 第 ー 号									
ふりがな 氏名	住所	郵便番号								
生年月日										
管理者 業務する同一敷地内の 他の事業所又は施設 (業務の場合のみ記入)	事業所等名称	業務する職種								
実施単位数	単位数	同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限								
単位別従業者 営働(人)	生活相談員 専従	看護職員 専従	介護職員 専従	機能訓練指導員 専従	その他職員 専従					
非営働(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従					
基準上の必要人数(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従					
適合の可否	基準上の必要数値 ㎡ 以上 適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積	㎡									
定員	人									
営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の 休日	
営業時間	平日	～		土曜	～		日・祝	～		
主な掲示事項 利用料	法定代理受領分									
その他の費用	法定代理受領分以外									
通常の事業実施地域	①	②	③	④	⑤					
備考	別添のとおり									

- 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は記入しないでください。
- 2 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紙に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあつては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、別紙に記載し添付してください。
- 5 本事業所の所在地以外の場所に本事業の一部を実施する施設を有するときは、「付表6(その2)」に必要事項を記載のうえ、添付してください。
- 6 「その他職員」欄は、指定生活介護事業所等の従業者について記入してください。

平成三十年三月三十日

付表 6 (その 3) (別紙 1)

通所介護事業所の指定に係る記載事項 (共生型通所介護の場合) (2単位以降)

受付番号

ふりがな 名称										
所在地	(郵便番号 ー) 都 市									
連絡先	電話番号	FAX番号								
当該事業の実施について定められている定数・寄附行為等の条文	第 ー 条 第 ー 項 第 ー 号									
ふりがな 氏名	住所	郵便番号								
生年月日										
管理者 業務する同一敷地内の 他の事業所又は施設 (業務の場合のみ記入)	事業所等名称	業務する職種								
実施単位数	単位数	同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限								
単位別従業者 営働(人)	生活相談員 専従	看護職員 専従	介護職員 専従	機能訓練指導員 専従	その他職員 専従					
非営働(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従					
基準上の必要人数(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従					
適合の可否	基準上の必要数値 ㎡ 以上 適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積	㎡									
定員	人									
営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の 休日	
営業時間	平日	～		土曜	～		日・祝	～		
主な掲示事項 営業時間	法定代理受領分									
その他の費用	法定代理受領分以外									
通常の事業実施地域	①	②	③	④	⑤					
備考	別添のとおり									

- 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は記入しないでください。
- 2 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紙に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 「その他職員」欄は、指定生活介護事業所等の従業者について記入してください。

大分県報号外 (規則)

五

付表6（その3）別紙2

通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項（共生型通所介護の場合）

受付番号

事業所 フリガナ 名称	施設										
一部事業施設数											
フリガナ 名称											
所在地	〒 〇〇〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇										
連絡先	電話番号	FAX番号		人		人		人		人	
同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限											
従業員 常勤(人)	生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員	その他職員						
非常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従
定員	人										
営業日	日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他の期間の休日	
営業時間	平日	～		～	～	～	～	～	～	～	～
添付書類	平面図										
フリガナ 名称	〒 〇〇〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇										
所在地	〒 〇〇〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇										
連絡先	電話番号	FAX番号		人		人		人		人	
同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限											
従業員 常勤(人)	生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員	その他職員						
非常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従
定員	人										
営業日	日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他の期間の休日	
営業時間	平日	～		～	～	～	～	～	～	～	～
添付書類	平面図										

備考

- 1 「受付番号」欄は記入しなくても可。
- 2 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紙に記載した書類を添付してください。
- 3 「ローテーション」において、一部事業を実施する施設を複数有するときは、適宜欄を設けて記載するか又は別紙に記載した書類を添付してください。
- 4 「その他職員」欄は、指定生活介護事業所等の従業者について記入してください。

第四号様式の付表7-1中「付表7-1」や「付表7（その1）」と

管理者代行者が選任されている場合

医師	作業療法士	専従の看護師	代行 者名	フリガナ 氏名
----	-------	--------	----------	------------

管理者代行者が選任されている場合

医師	理学療法士	言語聴覚士	専従の看護師	代行 者名	フリガナ 氏名
	作業療法士				

管理者代行者が選任されている場合

医師	理学療法士	作業療法士	専従の看護師	代行 者名	フリガナ 氏名
----	-------	-------	--------	----------	------------

管理者代行者が選任されている場合

医師	理学療法士	言語聴覚士	専従の看護師	代行 者名	フリガナ 氏名
	作業療法士				

施設開設年月日 昭和・平成 年 月 日

削り、同表の次に次の一表を加える。

付表 7 (その3)
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所の指定に係る記載事項 (介護医療院)

受付番号

フリガナ 名称											
所在地	(郵便番号 ー ー) 県 郡 市										
連絡先	電話番号	FAX番号									
	メールアドレス										
当該事業の実施について定められている定款・審判行為等の条文番号	第 ー 条 第 ー 項 第 ー 号										
フリガナ 氏名	住所			フリガナ 氏名							
生年月日											
管理者代表者が兼任 されている場合	医師	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士	専従の有無	代行 者名	氏名				
実施単位数	単位										
一日当たり通所リハビリ利用者推定数	人										
	医師	言語聴覚士	看護職員	介護職員	その他職員						
従業者	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従
常勤(人)											
非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
適合の可否											
専用の部屋等の面積 (通所リハビリ利用者用を収容含む)	m ² 基準上の必要数値 m ² 以上 適合の可否										
営業日	日	月	火	水	金	土	祝	その他年間の			
営業時間	平日	～		～	～	～	～	日曜・祝日	～		
利用定員	人										
利用料	法定代理受領分										
その他の費用	法定代理受領分以外										
通常の事業	①	②	③	④	⑤						
実施地域	備考										
添付書類	別添のとおり										

備考

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は、記入しないください。
- 2 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添に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な施設事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 複数の単位を実施する場合には、各単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数について、別添に記載し添付してください。

第四号様式の付表8—1中「付表8—1」を「付表8 (その1)」に改め、同様式の付表8—2中「付表8—2」を「付表8 (その2)」に改め、同様式の付表8—3中「付表8—3」を「付表8 (その3)」に改め、同表の次に次の一表を加える。

付表8(その4) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定に係る記載事項(生活型短期入所生活介護の場合)

ふりがな		受付番号				
名称	(郵便番号 ー)					
所在地	県 郡 市					
連絡先	電話番号	FAX番号				
メールアドレス						
近隣事業の範囲について定められている法・省施行法等の条文	第 条 第 項 第 号					
ふりがな	住所					
氏名	(郵便番号 ー)					
生年月日						
担当事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)						
兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)						
兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)						
利用者の推計数	医師	生活相談員	看護職員	介護職員	その他職員	
	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)						
高機能療養後の人数(人)						
基準上の必要人数(人)						
従業者	栄養士	機能訓練指導員	栄養士を配置していない場合の措置			
専従(人)	専従	兼務	専従	兼務		
非常勤(人)						
基準上の必要人数(人)						
適合の可否						
設備	居室	1室あたりの最大定員	人	基準上の必要数値	適合の可否	
居室	居室	1室あたりの最大定員	人	人以下		
密閉型居室	密閉型居室	1室あたりの最大定員	m	m以上		
廊下	廊下	1廊下下の幅	m	m以上		
中廊下の幅	中廊下の幅		m	m以上		
食器と機能訓練室の合計面積	食器と機能訓練室の合計面積		m ²	m ² 以上		
建築物の構造概要	建築物の構造概要					
面積	面積		m ²	m ² 以上		
利用定員	利用定員		人	m ² 以上		
主な利用料	法定(介護受領分)					
その他の費用	法定(介護受領分)以外					
通常の送迎の費用	通常の送迎の費用	①	②	③	④	⑤
送迎地域	送迎地域					
備考	備考					
協力	協力	名称	主な診療科名			
医療	医療	名称	主な診療科名			
機関	機関	名称	主な診療科名			
添付書類	添付書類	別添のとおり				

備考
 1 「受付番号」は基準上の必要人数「基準上の必要数値」適合の可否「欄」は、記入しなくても可。
 2 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紙に記載した書類を添付してください。
 3 「主な協力事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 4 「その他職員」欄は、指定短期入所事業所の従業者について記入してください。

第四号様式の付表⑨中

- ②指定介護療養型医療施設
- ③療養病床を有する病院・診療所
- ④診療所
- ⑤老人性認知症疾患療養病棟を有する病院

を

- ②介護医療院
- ③指定介護療養型医療施設
- ④療養病床を有する病院・診療所
- ⑤診療所
- ⑥老人性認知症疾患療養病棟を有する病院

「④」を「⑥」に「②」

④のみ」を「⑥のみ」に改め、同様式の付表13を削り、同様式の付表14を同様式の付表13とし、同様式の付表15を同様式の付表14とし、同表の次に次の二表を加える。

介護医療院の許可に係る記載事項（その1）

受付番号

施設名称	ふりがな			
所在地	(郵便番号)	—	—	—
	県	郡	市	
連絡先	電話番号	FAX番号		
	メールアドレス			
当該事業の実施について定められている定款・前附行為等の条文章号				
ふりがな	氏名	住所	(郵便番号)	—
生年月日				
管理者	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業員との兼務(兼務の場合は施設)	事業所等名称	兼務する職種及び勤務時間等	短期入所療養介護の実施の有無
通所リハビリテーションの実施の有無	有・無	一日当たりの通所総利用者予定数		有・無
入所者の予定数	人	医師	薬剤師	看護職員
		専任	専任	専任
従業者の職種・員数		専任	専任	専任
介護医療院及び通所リハビリテーション従事人数	常勤(人)	非常勤(人)		
常勤換算後の人数(人)				
基準上の必要人数(人)				
適合の可否				
	介護支援専門員	専任	兼務	
	常勤(人)			
	介護医療院及び通所リハビリテーション従事人数	非常勤(人)		
基準上の必要人数(人)				
適合の可否				

平成三十年三月三十日

介護医療院の許可に係る記載事項（その2）

受付番号

施設を共用する事業所等の名称(共用する場合記入)	ふりがな	名称	
設備基準上の数値記載項目	1室の最大定員	人	基準上の必要数値
	入室者1人あたりの床面積	m ²	適合の可否
	廊下下の幅	m	m以上
	廊下下の幅	m	m以上
	機能訓練室面積	m ²	m ² 以上
	食堂面積	m ²	m ² 以上
主な入所定員	人		
揭示利用料	法定外埋受部分		
事項	法定外埋受部分以外		
その他の費用			
通所リハビリテーションの実況	従業者の職種・員数	理学療法士	作業療法士
	常勤(人)	言語聴覚士	看護職員
	非常勤(人)		介護職員
	基準上の必要人数(人)		
適合の可否			
専用の部屋等の面積	m ²	基準上の必要数値	m ² 以上
営業日	単位ごとの営業日		
営業時間	(単位毎の実施時間を明示)	① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : ④ : ~ : ⑤ : ~ : ⑥ : ~ : ⑦ : ~ : ⑧ : ~ : ⑨ : ~ : ⑩ : ~ : ⑪ : ~ : ⑫ : ~ :	
利用定員	法定外埋受部分	人(単位ごとの定員① 人、② 人、③ 人)	
利用料	法定外埋受部分以外		
その他の費用			
通常の事業実施地域			
協力	名称	主な診療科名	
医療	名称	主な診療科名	
機関	名称	主な診療科名	
機	名称	主な診療科名	
添付書類	別添の上おしり		

備考
 1 「受付番号」基準上の必要人数「基準上の必要数値」適合の可否欄は、記入しなさい。
 2 記入欄が不足する場合は、適正欄を設けて記載するか又は別添に記載した書類を添付してごさい。
 3 「主な施設事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付してごさい。
 4 従業者の員数については、総数を記載してごさい。
 5 通所リハビリテーションの実施していない施設については、通所リハビリテーションの実況欄は記載を要しません。

大分県報号外（規則）

第四号様式の付表16―1及び16―2を削る。
第五号様式中

「指定居宅サービス事業者
指定介護予防サービス事業者
指定居宅介護支援事業者
介護保険施設」
指定（許可）更新申請書
を

「指定居宅サービス事業者
指定介護予防サービス事業者
指定（許可）更新申請書」
に定める。
介護保険施設

第十二号様式の次に次の三様式を加える。

第12号様式の2（第13条の2関係）

介護医療院開設許可事項変更申請書

年 月 日

大分県知事 殿

所在地
開設者 名称
代表者職・氏名 印

次のとおり介護医療院の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		名称																		
開設許可年月日		所在地	年	月	日															
変更年月日		年	月	日																
変更事項		変更の内容																		
1	敷地面積	(変更前)																		
2	建物構造																			
3	施設の共用の場合の利用計画																			
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。）	(変更後)																		
5	協力病院の変更																			

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。

第12号様式の3 (第13条の3関係)

介護医療院管理者承認申請書

年 月 日

大分県知事 殿

所在地
開設者 名 称
代表者職・氏名 印

次のとおり介護医療院の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																		
管理者になろうとする者の氏名、住所及び資格	所在地																		
	氏名																		
申請理由	住所																		
	資格																		
	1 新規開設のため																		
	2 管理者の変更のため																		

- 備考 1 管理者になろうとする者の経歴等を添付してください。
2 「申請理由」欄については、該当項目番号に○を付してください。

第12号様式の4 (第13条の4関係)

介護医療院広告事項許可申請書

年 月 日

大分県知事 殿

所在地
開設者 名 称
代表者職・氏名 印

次のとおり広告の許可を申請します。

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

附 則

（施行期日）

1 この規則は、平成三十年四月一日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正前の介護保険法施行細則第一号様式、第四号様式及び第五号様式の規定による用紙は、当分の間、所要の補正をして使用することができる。