

浜松市基準該当事業者の登録等に関する取扱要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、浜松市基準該当事業者の登録等に関する規則（平成17年浜松市規則第150号。以下「規則」という。）第16条の規定に基づき、規則に定める文書の様式を定めるほか、基準該当事業者の登録等に関して必要な事項を定める。

(特例居宅介護サービス費等の代理受領に係る申出書等)

第2条 規則第2条第5項の申出書は、特例居宅介護サービス費等の代理受領に係る申出書（第1号様式）とする。

2 規則第3条第5項の申出書は、特例居宅介護サービス計画費等の代理受領に係る申出書（第1号様式）とする。

(介護保険特例居宅介護サービス費等の支給申請に係る申請書等)

第3条 規則第2条第10項の申請書は、介護保険特例居宅介護サービス費等支給申請書（受領委任用）（第2号様式）とする。

2 規則第3条第10項の申請書は、介護保険特例居宅介護サービス計画費等支給申請書（受領委任用）（第2号様式）とする。

(登録の申請等)

第4条 規則第4条第1項、第5条第1項、第6条第1項、第7条第1項、第8条第1項及び第9条第1項の申請書は、登録申請書（第3号様式）とする。

(変更の届出等)

第5条 規則第10条第2項の届出書は、変更届出書（第4号様式）とする。

2 規則第10条第3項の届出書は、事業廃止・休止届出書（第5号様式）とする。

3 規則第10条第4項の届出書は、事業再開届出書（第6号様式）とする。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

第1号様式（第2条関係）

年 月 日

（あて先） 浜松市長

住 所
〔所在地〕
申出者 氏 名
〔名称及び〕 印
代表者氏名
〔代表者氏名を自署する場合は、押印は不要です。〕

特例居宅介護サービス費等
特例居宅介護サービス計画費等
の代理受領に係る申出書

浜松市基準該当事業者の登録等に関する規則第2条第4項・第3条第4項の規定により、代理受領について次のとおり申し出ます。

記

- 1 代表者氏名
- 2 基準該当事業所の名称
- 3 事業所の所在地及び電話番号
- 4 基準該当事業所番号

第2号様式（第3条関係）

年 月 日

（あて先） 浜松市長

住 所
〔所在地〕
申請者 氏 名
〔名称及び
代表者氏名〕 印
〔代表者氏名を自署する場合は、押印は不要です。〕

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

（ 年 月分）

特例居宅介護（介護予防）サービス費・特例特定入所者介護（介護予防）サービス費・特例居宅介護（介護予防）サービス計画費の支給を受けたいので、浜松市基準該当事業者の登録等に関する規則第2条第10項・第3条第10項の規定により、次のとおり申請します。

記

フリガナ		被保険者番号
被保険者氏名		
住 所	電話番号	
費用額合計	円 うち被保険者負担分	円

上記 介護保険特例居宅サービス費等 の支給申請及び受領に関する権限を委任します。
介護保険特例居宅サービス計画費等

委任者 （被保険者）	印	
受任者 （事業者）	住所 （所在地）	

第3号様式（第4条関係）

年 月 日

（あて先） 浜松市長

住 所
〔所在地〕
申請者 氏 名
〔名称及び
代表者氏名〕 印
〔代表者氏名を自署する場合は、押印は不要です。〕

登録申請書

浜松市基準該当事業者の登録等に関する規則第2条第1項・第2条第2項・第3条第1項・第3条第2項の登録を受けたので、次のとおり申請します。

記

申請者	フリガナ						
	名称*						
	主たる事務所の所在地*	(郵便番号)					
	連絡先	電話番号				FAX 番号	
代表者	職名	フリガナ			生年月日		
		氏名					
	住所	(郵便番号)					
登録を受けようとする事業所	所在地	(郵便番号)					
	同一所在地において行う事業等の種類	介護給付			予防給付		付表番号
		実施事業	事業開始 予定年月日等	実施事業	事業開始 予定年月日等		
	訪問介護					付表1	
	訪問入浴介護					付表2	
	通所介護					付表3	
	短期入所生活介護					付表4	
	福祉用具貸与					付表5	
	居宅介護支援			/		付表6	
介護予防支援			付表7				
基準該当事業所番号						(既に登録を受けている場合)	

基準該当訪問介護事業所・基準該当介護予防訪問介護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 -)			
	連絡先	電話番号 電子メールアドレス	FAX番号		
出張所等	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号	FAX番号		
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文					
管理者	フリガナ 氏 名			住 所	
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）			名 称	
	同一敷地内の他の事業所又は 施設の従業者との兼務 （兼務の場合のみ記入）		介護保険事業所番号	兼務する職種及び 勤務時間等	
サービス 提供者	フリガナ 氏 名			住 所	
	生年月日				
	フリガナ 氏 名			住 所	
	生年月日				
利用者数（推定数）		人			
従業者の職種・員数	訪問介護員等				
	専従		兼務		
	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					
主な 揭示 事項	営業日				
	営業時間				
	利用料	代理受領分			
		代理受領分以外			
	その他の費用				
通常の事業の実施地域					

備考 1 ※印の欄には、記入しないこと。

2 出張所等がある場合は、「従業者の職種及び員数」欄には当該出張所等に勤務する従業者も含めて記載すること。

3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

基準該当訪問入浴介護事業所・基準該当介護予防訪問入浴介護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 -)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
		電子メールアドレス				
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文						
管理者	フリガナ			住所		
	氏名					
	生年月日			当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)		
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)		名称			
		介護保険事業所番号				
		兼務する職種及び勤務時間等				
従業者の職種・員数		看護職員		介護職員		
		専従	兼務	専従	兼務	
		常勤 (人)				
		非常勤 (人)				
		基準上の必要人数 (人)				
		適合の可否				
主な 揭示 事項	営業日					
	営業時間					
	利用料	代理受領分				
		代理受領分以外				
	その他の費用					
通常の事業の実施地域						
協力 医療機関	名称			診療科名		
	名称			診療科名		

- 備考 1 印の欄には、記入しないこと。
2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

基準該当通所介護事業所・基準該当介護予防通所介護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 -)							
	連絡先	電話番号			FAX番号				
出張所等	フリガナ 名称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	連絡先	電話番号			FAX番号				
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文									
管理者	フリガナ 氏名			住所					
	生年月日								
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）								
	同一敷地内の他の事業所又は 施設の従業者との兼務 （兼務の場合のみ記入）		名称		介護保険事業所番号				
		兼務する職種及び 勤務時間等							
従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）									
非常勤（人）									
基準上の必要人数（人）									
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積				基準上の必要数値		適合の可否			
				㎡		㎡以上			
主な 揭示 事項	営業日	単位ごとの営業日							
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く。） : ~ : ~ : ~ :							
	利用定員	人（単位ごとの定員 人 人 人）							
	利用料	代理受領分							
		代理受領分以外							
	その他の費用								
通常の事業の実施地域									

備考 1 印の欄には、記入しないこと。

2 出張所等がある場合は、「従業者の職種及び員数」欄には当該出張所等に勤務する従業者も含めて記載すること。

3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

基準該当短期入所生活介護事業所・基準該当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

事業所	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	連絡先	電話番号		FAX番号					
電子メールアドレス									
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文									
管理者	フリガナ 氏 名			住 所					
	生年月日								
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）								
	同一敷地内の他の事業所又は 施設の従業者との兼務 （兼務の場合のみ記入）				名 称				
					介護保険事業所番号				
兼務する職種及び勤務時間等									
併設事業所	種 別				介護保険事業所番号				
	名 称				開設年月日				
利用者数（推定数）		人		併設事業所の利用者数（推定数）		人			
従業者の職種・員数	医師		生活相談員		看護職員		介護職員		
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	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								
	栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員等		調理員その他の従業者		
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤（人）								
非常勤（人）									
基準上の必要人数（人）									
適合の可否									
栄養士を配置していない場合の措置									
設備基準項目				基準上の必要数値		適合の可否			
居室	1室当たりの最大定員			人	人以下				
	利用者1人当たりの最小床面積			m ²	m ² 以上				
食堂及び機能訓練室の合計面積				m ²	m ² 以上				
廊下	片廊下の幅			m	m以上				
	中廊下の幅			m	m以上				
耐火建築物、準耐火建築物等の別									
主な 揭示 事項	利用定員		人						
	利用料	代理受領分							
		代理受領分以外							
	その他の費用								
通常の送迎の実施地域									
協 力 医 療 機 関	名 称				診 療 科 名				
	名 称				診 療 科 名				

- 備考 1 印の欄には、記入しないこと。
2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

基準該当福祉用具貸与事業所・基準該当介護予防福祉用具貸与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 -)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
		電子メールアドレス			
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文					
管理者	フリガナ				
	氏名	住所			
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)		名称		
		介護保険事業所番号			
		兼務する職種及び勤務時間等			
従業者の職種・員数		専門相談員			
		専従	兼務		
	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				
主な 掲 示 事 項	営業日				
	営業時間				
	取り扱う種目				
	利用料	代理受領分			
		代理受領分以外			
	その他の費用				
通常の事業の実施地域					

- 備考 1 印の欄には、記入しないこと。
2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

基準該当居宅介護支援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 -)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
		電子メールアドレス		
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文				
管理者	フリガナ		住所	
	氏名			
	生年月日			
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）			
	同一敷地内の他の事業所又は 施設の従業者との兼務 （兼務の場合のみ記入）	名称		介護保険事業所番号
兼務する職種及び 勤務時間等				
利用者数（推定数）	人			
従業者の職種・員数	介護支援専門員			
	専従	兼務		
	常勤（人）			
	非常勤（人）			
	基準上の必要人数（人）			
適合の可否				
主な 揭示 事項	営業日			
	営業時間			
	利用料	代理受領分以外		
	その他の費用			
通常の実施地域				

- 備考 1 印の欄には、記入しないこと。
2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

基準該当介護予防支援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 -)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
		電子メールアドレス			
支所等	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文					
管理者	フリガナ 氏 名			住 所	
	生年月日				
	地域包括支援センターで兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				
	同一敷地内の他の事業所又は 施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)	名 称			
		介護保険事業所番号			
		兼務する職種及び 勤務時間等			
利用者数 (推定数)		人			
従業者の職種・員数	担当職員		その他の職員 (事務職員等)		
	専従		兼務		
	専従		兼務		
	専従		兼務		
	専従		兼務		
標準上の必要人数 (人)					
適合の可否					
主な 揭示 事項	営業日				
	営業時間				
	利用料	代理受領分以外			
	その他の費用				
通常の事業の実施地域					

- 備考 1 印の欄には、記入しないこと。
 2 支所等がある場合は、「従業者の職種及び員数」欄には当該出張所等に勤務する従業者も含めて記載すること。
 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

第4号様式（第5条関係）

年 月 日

（あて先） 浜松市長

住 所
〔所在地〕
届出者 氏 名
〔名称及び
代表者氏名〕 印

〔代表者氏名を自署する場合は、押印は不要です。〕

変更届出書

基準該当居宅サービス等事業所・基準該当居宅介護支援等事業所の登録に係る事項を変更したので、浜松市基準該当事業者の登録等に関する規則第10条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

記

		基準該当事業所番号
登録に係る事項を変更した事業所	名 称								
	所 在 地								
	電 話 番 号								
事 業 の 種 類									
変 更 事 項		変 更 内 容							
1	事業所の名称及び所在地	(変更前)							
2	申請者の名称及び主たる事務所の所在地								
3	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名								
4	定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等								
5	事業所の種別、事業の実施形態								
6	事業所の平面図並びに設備及び備品の概要								
7	建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要								
8	本体施設の入所者の定員								
9	管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	(変更後)							
10	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴								
11	福祉用具の保管及び消毒方法								
12	運営規程								

第5号様式（第5条関係）

年 月 日

（あて先） 浜松市長

住 所
〔所在地〕
届出者 氏 名
〔名称及び
代表者氏名〕 印
〔代表者氏名を自署する場合は、押印は不要です。〕

事業廃止・休止届出書

基準該当居宅サービス等・基準該当居宅介護支援等の廃止・休止をしようとするので、浜松市基準該当事業者の登録等に関する規則第10条第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

記

		基準該当事業所番号
廃止・休止をしようとする事業所	名 称		
	所 在 地	(郵便番号)	
	電 話 番 号		
事 業 の 種 類			
廃 止 ・ 休 止 の 別	廃 止 ・ 休 止		
廃止・休止予定年月日			
廃止・休止の理由			
現に基準該当居宅サービス等又は基準該当居宅介護支援等を受けている者に			

第6号様式（第5条関係）

年 月 日

（あて先） 浜松市長

住 所
〔所在地〕
届 出 者 氏 名
〔名称及び
代表者氏名〕 印
〔代表者氏名を自署する場合は、押印は不要です。〕

事業再開届出書

基準該当居宅サービス等事業所・基準該当居宅介護支援等事業所を再開したので、浜松市基準該当事業者の登録等に関する規則第10条第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

記

		基準該当事業所番号	：	：	：	：	：	：	：	：	：
再開した事業所	名 称										
	所 在 地	(郵便番号)									
	電 話 番 号										
事 業 の 種 類											
再 開 年 月 日											