

電子申請・届出システムでの新規指定申請

入力例

注意事項

- ・本入力例について、**共通①-1**は本テキストの申請書の記載例 P15、**共通①-2**はテキストの P32、**共通①-3**はテキストの P31 と対応しています。入力の際は、本記載例だけでなく、必ずテキストの注意事項を見て入力してください。
- ・申請画面へのログイン URL は、<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/shinsei/> 必ず、G ビズ ID や登記情報提供サービスへの利用申込を済ませてから申請してください。



- ・システムでの申請の手引き、操作ガイド・マニュアルは東京都 HP に掲載しています。

https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/guidebook.html



[メニュー](#) > 新規指定申請

申請先選択 > 様式入力 > 付表入力 > 添付書類アップロード > 確認

新規指定申請 申請先選択

申請先窓口となる指定権者区分と都道府県または市区町村を選択して「次へ」を押してください。

【状況確認および入力再開メニュー】

1.サービス分類選択
 居宅施設 地域密着型 基準該当 総合事業

2.都道府県選択
 都道府県

3.申請先選択
 申請先

※指定権者区分が「政令市・中核市」、「その他の市区町村」となる場合には、指定権者選択においては、該当の市区町村まで必ず選択してください。
 ※選択した指定権者区分に応じて、様式入力画面で選択できる申請サービスの種類が変更となるため、ご承知おきください。
 ※本格運用を開始していない自治体もありますので、事前に申請先自治体に確認をお願いいたします。

一時保存 **次へ** **メニューへ**

電子申請・届出システム入力例（様式入力）

電子申請届出システム

お問い合わせ先 ヘルプ ユーザ情報 利用条件 専用窓口 ログアウト

メニュー > 新規指定申請

申請先選択 > 様式入力 > 付表入力 > 添付書類アップロード > 確認

新規指定申請 居宅施設 様式第一号（一）

本画面は、「東京都」への申請画面です。「東京都」以外の道府県、区市町村への申請については受付できませんのでご注意ください。「東京都」以外の自治体へ申請の場合は、本画面の最下部の「戻る」ボタンを押して、「新規指定申請 申請先選択」画面で、「1.サービス分類選択」、「2.都道府県選択」、「3.申請先選択」を正しく選択してください。

「東京都」への申請であることを再度、ご確認のうえ、画面の項目に入力し、案内に沿って申請をお願いします。

新規指定前研修受講または事前相談を実施している。

記載要領

1. 申請者と様式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、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号の記入も可能です。

事業所名称・所在地等を自動入力する

「※」は必須項目です。

申請者			
フリガナ※	カブシキガイシャトウキヨウカイゴサービスジョウホウ		
名称※	株式会社東京都介護サービス情報		
またる事務所の所在地※	郵便番号: 163-8001	住所自動入力	
	都道府県 東京都	市区町村 新宿区	町域 西新宿2丁目
	番地以下: 8番1号		
	建物名等: 第一本庁舎26階北側		
連絡先※	電話番号 03-5321-1111	(内線) 33-999	FAX番号 03-5321-9999
	Email tokyo_kaihō@section.metro.tokyo.jp		
法人等の種類※	地方公共団体（都道府県）		
代表者(開設者)の職名※	代表取締役		
代表者(開設者)のフリガナ※	セイ: トウキヨウ	メイ: タロウ	
代表者(開設者)の氏名※	姓: 東京	名: 太郎	
代表者(開設者)の生年月日※	西暦 1900 年 1 月 1 日		
代表者(開設者)の住所※	郵便番号: 164-8001	住所自動入力	
	都道府県 東京都	市区町村 中野区	町域 中野2丁目
	番地以下: 2番2号		
	建物名等:		

申請者情報を以下にコピーする

「※」は必須項目です。

法人番号	8000020130001	
様式申請者		
フリガナ※	カブシキガイシャトウキヨウカイゴサービスジョウホウ	
名称※	株式会社東京都介護サービス情報	
またる事務所の所在地※	郵便番号: 163-8001	住所自動入力

様式申請者						
連絡先※	都道府県 東京都	市区町村 新宿区	町域 西新宿2丁目			
	番地以下: 8番1号					
	建物名等: 第一本庁舎26階北側					
電話番号	03-5321-1111 (内線) 33-999	FAX番号	03-5321-9999			
Email	tokyo_kaito@section.metro.tokyo.jp					
法人等の種類※	地方公共団体 (都道府県)					
代表者(開設者)の職名※	代表取締役					
代表者(開設者)のフリガナ※	セイ: トウキョウ		メイ: タロウ			
代表者(開設者)の氏名※	姓: 東京		名: 太郎			
代表者(開設者)の生年月日※	西暦 1900 年 1 月 1 日					
代表者(開設者)の住所※	郵便番号: 164-8001	住所自動入力				
	都道府県 東京都	市区町村 中野区	町域 中野2丁目			
	番地以下: 2番2号					
建物名等:						
法人の吸収合併又は吸収分割における指定(許可)申請						
<input type="checkbox"/> ⇨吸収合併・吸収分割の場合は、郵送で提出ください。						
指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類						
指定事業者一覧	施設	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 (該当事業を選択してください)	既に指定(許可)を受けている事業等 (過去の登録情報を基に該当事業を選択してください)	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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	西暦 2024 年 12 月 1 日	付表第一号(一)
		訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(二)
		訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(三)
		訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(四)
		居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(五)
		通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(六)
		通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(七)
		短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(八)(九)(十)
		短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(十一)
		特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(十二)
		福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(十三)
		特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(十四)
		介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(十五)
介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(十六)		
介護医療院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(十七)		
介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(二)		
介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(三)		
介護予防訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(四)		
介護予防居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(五)		
介護予防通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(七)		
介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(八)(九)(十)		
介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(十一)		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(十二)		
介護予防福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(十三)		
特定介護予防福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	付表第一号(十四)		
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)					

一時保存

次へ

戻る

電子申請届出システム

お問合せ先 ヘルプ ユーザ情報 ご利用条件 専用窓口 ログアウト

メニュー > 新規指定申請

申請先選択 > 様式入力 > 付表入力 > 添付書類アップロード > 確認

新規指定申請 居宅施設 付表第一号(一) 訪問介護事業所

記載要領

- 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
- 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。
また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。

事業所名称・所在地等を自動入力する

付表情報を入力して下さい。

※は必須項目です。

事業所				
法人番号	8000020130001			
フリガナ※	ホームヘルプトヨウ			
名称※	ホームヘルプ都庁			
所在地※	郵便番号: 163-8001	住所自動入力		
	都道府県	市区町村	町域	
	東京都	新宿区	○新宿1丁目	
番地以下: 1番地1号				
建物名等:				
連絡先※	電話番号	03-5320-9999 (内線) 33-999	FAX番号	03-5388-9999
	Email	homehelp@tochou.co.jp		

管理者			
フリガナ※	セイ: チヨダ	メイ: イチロウ	
氏名※	姓: 千代田	名: 一郎	
生年月日※	西暦 1990 年 1 月 1 日		
住所※	郵便番号: 150-9999	住所自動入力	
	都道府県	市区町村	町域
	東京都	渋谷区	○×3丁目
番地以下: 3番地3号			
建物名等:			

当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				
他の事業所、施設等の職務と の兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称	管理者		
		郵便番号: 150-8888	住所自動入力	
	兼務先の所在地	都道府県	市区町村	町域
		東京都	渋谷区	○×4丁目
番地以下: 4番地4号				
建物名等:				
兼務先のサービス種別	居宅施設	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 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"/> 短期入所生活介護(空床利用型・特養の併設事業所型) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設		
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(単独型) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(特養以外の併設事業所型) <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設			

管理者		<input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護 <input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護(単独型) <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護(特養以外の併設事業所型) <input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 特定介護予防福祉用具販売 地域密着型 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護(共用型) <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護(単独型・併設型) <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護 総合事業 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問介護相当サービス <input type="checkbox"/> 緩和した基準による訪問型サービス(定額) <input type="checkbox"/> 緩和した基準による通所型サービス(定額) 兼務する職種 兼務先の勤務時間等	
		<input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問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"/> 介護予防短期入所生活介護(空床利用型・特養の併設事業所型) <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護(単独型・併設型) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護(共用型) <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護	
		管理者 15:00～17:00	

共生型サービスの該当有無												
共生型サービスの該当有無※	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無											
○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※	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">訪問介護員等</td> </tr> <tr> <td>専従</td> <td>兼務</td> </tr> <tr> <td>常勤(人)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>非常勤(人)</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>常勤換算後の人数(人)</td> <td>3.2</td> </tr> </table>		訪問介護員等		専従	兼務	常勤(人)	1	非常勤(人)	4	常勤換算後の人数(人)	3.2
訪問介護員等												
専従	兼務											
常勤(人)	1											
非常勤(人)	4											
常勤換算後の人数(人)	3.2											
利用者の推定数(人)※	80											

サービス提供責任者 1			<input checked="" type="checkbox"/> 入力する
フリガナ	セイ: チヨダ	メイ: ジロウ	<input type="button" value="削除"/>
氏名	姓: 千代田	名: 次郎	
生年月日	西暦 1980 年 1 月 1 日		
住所	郵便番号: 150-9998	住所自動入力	
	都道府県 東京都	市区町村 渋谷区	
	町域 ×05丁目		
番地以下: 5番地5号			
建物名等:			
サービス提供責任者 2			<input type="checkbox"/> 入力する
フリガナ	セイ:	メイ:	<input type="button" value="削除"/>
氏名	姓:	名:	
生年月日	西暦 年 月 日		
住所	郵便番号:	住所自動入力	
	都道府県 (選択して下さい)	市区町村 (選択して下さい)	
	町域		
番地以下:			
建物名等:			

サービス提供責任者追加

(訪問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)	
事業所 1	<input type="checkbox"/> 入力する

電子申請・届出システム添付書類アップロード画面

電子申請届出システム

お問い合わせ ヘルプ ユーザ情報 利用条件 会員登録 ログアウト

メニュー > 新規指定申請

申請先選択 > 様式入力 > 付表入力 > **添付書類アップロード** > 確認

新規指定申請 居宅施設 添付書類アップロード

● 付表第一号(一)

	添付書類	参考様式	アップロードファイル	アップロード日時	ファイル形式	コメント欄又は説明欄
1	登記事項証明書文は条例等	付表1	登記簿照会番号.txt	2024/09/04 17:36:55	pdf,txt形式	訪問介護の場合は提出が必要です。共生型訪問介護の場合は提出不要です。 登記情報提供サービスの『照会番号』と『発行年月日』を記載した書類を添付してください。
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表※	付表1	勤務体制一覧表.xlsx	2024/09/04 17:38:07	pdf,lsx,txt形式	
3	資格証の写し	付表1	資格証.docx	2024/09/04 17:38:47	pdf,lsx,docx,txt形式	訪問介護の場合は提出が必要です。共生型訪問介護の場合は提出不要です。複数の職員分は原則まとめて1つのファイルとして添付してください。
4	平面図・写真1	付表1	平面図.xlsx	2024/09/04 17:39:17	pdf,lsx,docx,txt形式	訪問介護の場合は提出が必要です。共生型訪問介護の場合は提出不要です。
5	平面図・写真2(予備)	付表1	平面図2.xlsx	2024/09/04 17:40:02	pdf,lsx,docx,txt形式	
6	平面図・写真3(予備)	付表1	平面図3.xlsx	2024/09/04 17:40:06	pdf,lsx,docx,txt形式	
7	運営規程※	付表1	運営規程.docx	2024/09/04 17:40:34	pdf,lsx,docx,txt形式	
8	利用者から苦情を処理するために講ずる措置の概要	付表1	苦情処理.xlsx	2024/09/04 17:41:07	pdf,lsx,docx,txt形式	訪問介護の場合は提出が必要です。共生型訪問介護の場合は提出不要です。
9	誓約書※	付表1	誓約書.xlsx	2024/09/04 17:41:36	pdf,lsx,docx,txt形式	
10	雇用契約、就業規則に関するチェックリスト	付表1	就業規則チェックリスト.xlsx	2024/09/04 17:42:15	pdf,lsx,docx,txt形式	訪問介護の場合は提出が必要です。共生型訪問介護の場合は提出不要です。
11	料金表※	付表1	料金表.xlsx	2024/09/04 17:43:06	pdf,lsx,docx,txt形式	
12	新規指定申請書類チェックリスト	付表1	新規指定申請チェックリスト.xlsx	2024/09/04 17:43:59	pdf,lsx,docx,txt形式	← チェックリスト（指定申請に係る添付書類一覧）を忘れずに添付ください
13	予備2	付表1	ファイルの選択	ファイルが選択されていません	pdf,lsx,docx,txt形式	

● 加算に関する届出書類アップロード

加算に関する届出関連書類は、以下にアップロードしてください。

	書類名	アップロードファイル	アップロード日時	コメント	削除
記入例	特定事業加算(Ⅰ)～(Ⅳ)に係る届出書(訪問介護事業所)	特定事業加算(Ⅰ)～(Ⅳ)に係る届出書(訪問介護事業所).pdf		特定事業所加算(Ⅰ)の届出書を提出いたします。	
1	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(別紙2)	別紙2.xlsx	2024/09/04 17:45:20	特定事業所加算(Ⅰ)の届出書を提出いたします。	行削除
2	介護給付費算定に係る体制等状況一覧(居宅サービス)	別紙1-1-2.xlsx	2024/09/04 17:45:36	特定事業所加算(Ⅰ)の届出書を提出いたします。	行削除

行追加

● 他法制度に基づく届出書類アップロード

介護保険法以外の法制度に基づく届出書類は、以下にアップロードしてください。

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(許可)申請書

20** 年 2 月 1 日

東京都知事 殿

所在地 東京都新宿区西新宿2-8-1

申請者 名称 株式会社東京都介護サービス情報

代表者職名・氏名 代表取締役 東京 太郎

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。

フリガナ		法人番号 × × × × × × × × × × × ×											
申請者	名称		株式会社東京都介護サービス情報										
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 163 - 8001) 東京 都道府県 新宿 市区町村 西新宿 2-8-1										
	連絡先		電話番号 03-5321-1111 (内線)			FAX番号 03-5321-0000			Email *****@*****.*****				
	法人等の種類		営利法人										
	代表者(開設者)の職名・氏名・生年月日		職名	代表取締役	フリガナ 氏名	トウキョウ 夕ウ 東京 太郎	生年 月日	昭和++年〇月×日					
	代表者(開設者)の住所		(郵便番号 164 - ****) 東京 都道府県 中野 市区町村 ●中野 2-2-2										
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	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	○		20**年4月1日	付表第一号(一)								
	訪問入浴介護				付表第一号(二)								
	訪問看護				付表第一号(三)								
	訪問リハビリテーション				付表第一号(四)								
	居宅療養管理指導				付表第一号(五)								
	通所介護				付表第一号(六)								
	通所リハビリテーション				付表第一号(七)								
	短期入所生活介護				付表第一号(八)(九)(十)								
	短期入所療養介護				付表第一号(十一)								
	特定施設入居者生活介護				付表第一号(十二)								
	福祉用具貸与				付表第一号(十三)								
	特定福祉用具販売				付表第一号(十四)								
	介護老人福祉施設				付表第一号(十五)								
	介護老人保健施設				付表第一号(十六)								
	介護医療院				付表第一号(十七)								
	介護予防訪問入浴介護				付表第一号(二)								
	介護予防訪問看護				付表第一号(三)								
介護予防訪問リハビリテーション				付表第一号(四)									
介護予防居宅療養管理指導				付表第一号(五)									
介護予防通所リハビリテーション				付表第一号(七)									
介護予防短期入所生活介護				付表第一号(八)(九)(十)									
介護予防短期入所療養介護				付表第一号(十一)									
介護予防特定施設入居者生活介護				付表第一号(十二)									
介護予防福祉用具貸与				付表第一号(十三)									
特定介護予防福祉用具販売				付表第一号(十四)									
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)												

共通②

○ 別紙様式第一号 (指定(許可)申請書)

	(1) 申請者は法人ですか
	(2) 申請年月日が記載されていますか (受付日より以前であること)
	(3) 右上申請者の法人名、法人代表者の職名及び氏名が申請者欄と一致していますか
	(4) 法人印(代表者印)の捺印は不要です
	申請者欄について、法人名称、法人所在地(※)、法人代表者氏名、代表者職名(※)、代表者住所が「登記事項証明書」(自治体の場合は、条例等)と一致していますか。また、フリガナ、法人連絡先、代表者生年月日の記載がありますか ※法人住所は、番地等の所在地表記を登記事項証明書と一致させてください ※代表者の職名について、医療法人や社会福祉法人、特定非営利活動法人等は定款の役員に関する規定で代表者の職名を確認してください (5) ※法人番号は、国税庁から指定される13桁の番号です 法人番号が不明の場合は、「国税庁法人番号公表サイト」(https://www.houjin-bangou.nta.go.jp)でご確認ください 申請時に法人番号の記載が無い場合は受理できません なお、医療機関等で申請者が法人ではない場合は、法人番号の記載は不要です ※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。法人ではない場合は、「非法人」を記入してください
注意事項	電話番号・FAX番号は確認しましたか。 (6) ※インターネット回線を利用した電話(IP電話)・FAXでも可 ※法人所在地と事業所所在地が異なる場合、同一番号での申請は不可 ※今後の東京都からの連絡に使用しますので、別途、メーリングリストへの登録をお願いします(146ページ参照)
	(7) 今回申請するサービスの「指定(許可)申請対象事業等」欄に「○」を記入し、「指定(許可)申請をする事業等の開始予定年月日」欄に開始予定年月日を記入してください。指定居宅サービスと指定介護予防サービスは、記入欄が別になっておりますのでご注意ください ※同時に別の都指定サービスを申請する場合は、そのサービスについても「指定(許可)申請対象事業等」及び「指定(許可)申請をする事業等の開始予定年月日」欄を記入してください (例:福祉用具貸与と特定福祉用具販売を同時に申請する場合等)
	(8) 既に同一所在地に別の指定事業所がある場合、「既に指定(許可)を受けている事業等」欄に「○」を記入してください(年月日の記載は不要です)
	(9) 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
	(10) 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 「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
	(11) 【訪問介護、通所介護、短期入所生活介護のみ】共生型サービスの指定申請を行う場合は、「共生型サービス申請時に団」欄にチェックを付けてください。

※「I 新規指定申請書類の提出 5その他」(4ページ)に記載されている事項も確認してください。

○登記事項証明書または条例

注意事項 (1)	登記事項証明書（自治体の場合は、条例等）の原本	
	①	登記事項証明書の発行年月日は申請書受付日（≠提出日）から3ヶ月以内のものである
	②	条例にあっては、公報の写し添付
	③	登記事項証明書の「目的」欄に、指定申請する事業を行う旨の確認ができますか (記載例については、下記の<参考>を参照してください) ※ 事業目的の変更登記には時間がかかります。指定予定日までに事業目的の変更登記が完了しない場合は指定できません。必ず申請前に、事業目的等の登記事項を確認し、申請する事業の記載がない場合は速やかに手続きを行ってください。
	④	事業目的等の変更を行う場合、法務局で登記申請を行う前に、あらかじめ所轄庁から定款変更に係る認可を受ける必要があります。 (ただし、全国規模の法人で所管庁が国になる場合、別途対応) ※ 定款変更に係る認可手続には時間がかかります。必ず申請前に、事業目的等の登記事項を確認し、申請する事業の記載がない場合は速やかに手続きを行ってください。

<参考>事業目的の記載例

サービス名	記載例
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 福祉用具貸与 特定福祉用具販売	介護保険法に基づく <u>居宅サービス事業</u>
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 介護予防福祉用具貸与 特定介護予防福祉用具販売	介護保険法に基づく <u>介護予防サービス事業</u>

※特定のサービスのみを行う場合は、下線部をサービス名で記載することも可能です。
(例：訪問看護のみを行う場合・・・介護保険法に基づく訪問看護事業)

○ 資格証の写し等について

注意事項	(1) 資格証の写しについて
	<p>資格要件のある職種の場合、指定申請書受付時において全員分の資格証の添付が必要です（資格取得予定や実務者研修等の終了見込での申請は不可）</p> <p>資格証が改姓前で現在の苗字と違う場合、改姓の事実がわかる書類（戸籍等）を添付してください</p> <p>介護福祉士の場合、合格証ではなく「介護福祉士登録証」が必要です</p>
	(2) 人員配置を確認するための書類について
	<p>雇用契約書（または当該事業所で勤務することを約した本人自筆の誓約書）を締結し、事業所に備え付けてください。また、確認した旨をチェックリスト（雇用契約、就業規則に関するチェックリスト（P.14））に記載し、提出してください</p> <p>＜雇用契約書の場合＞ 勤務開始日、事業所名、職種を契約書に記載してください 雇用契約書に記載されている就業場所が当該事業所と異なる場合には、辞令の写し等も併せて保管してください</p> <p>＜誓約書の場合＞ 「〇年〇月1日（指定予定日）より〇〇事業所（当該事業所名）に〇〇（職種）として勤務する」旨の本人自筆の誓約文、住所、氏名、電話番号の記入、記載年月日をお願いします ※複数の職種を兼務する場合にはそれぞれの職名を明記してください</p> <p>指定介護サービスの提供については、当該事業所の従業者により提供されなければならず、業務委託等は認められません（運転・調理業務等、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務を除く） 一部従業者について派遣・出向による人員配置を行う場合は、当該事業所の管理者の指揮命令下において従事するものでなければなりません この場合、①出向・派遣される職員が特定されること、②事業所の管理者の指揮命令下において従事するものであることを確認し、出向・派遣期間等が確認できる契約書等を保管してください</p> <p>なお都においては、管理者等当該事業所の運営に責務を有する者については、原則として当該事業者に直接雇用又は法人役員等であることとれます また、訪問看護については、紹介予定派遣や産休・育休代替としての派遣以外は認められません</p>

○ 就業規則について

注意事項	(1) 申請法人で定める就業規則（※）を確認し、適切に保管してください また、確認した旨をチェックリスト（雇用契約、就業規則に関するチェックリスト（P.14））に記載し、提出してください
	(2) 就業規則を作成していない場合（従業者が10名未満）は、常勤の勤務時間の考え方（1日の勤務時間、休憩、1週あたりの勤務時間、休日について）を記載したものを作成してください (提出は不要です) ※次ページ（参考様式）参照

共通④

(参考様式)

従事者が10人未満のため就業規則を作成していない場合は、「常勤職員の勤務時間に関する調べ」を作成し、適切に保管してください。

(例示)

月曜日から金曜日までの勤務が9:00～17:00、休憩時間1時間の1日7時間勤務、土曜日の勤務が9:00～15:00、休憩時間1時間の1日5時間勤務で、休日が日曜・祝日の場合

常勤職員の勤務時間に関する調べ

[記入例]

1日あたりの労働時間—①

勤務日—①	月	～	金	曜日
始業時間—①	9	時	00	分
終業時間—①	17	時	00	分
休憩時間	1	時間		
計	7 時間(A)			
	5 日勤務(B)			

1日あたりの労働時間—②

勤務日			土	曜日
始業時間	9	時	00	分
終業時間	15	時	00	分
休憩時間	1	時間		
計	5 時間(C)			
	1 日勤務(D)			

休日

土曜日	
日曜日	○
()曜日	
祝日	○
会社の指定する日	

週あたりの労働時間

$$((A) \times (B)) + ((C) \times (D)) = \boxed{40} \text{ 時間}$$

- <備考>**
- 1 業務の都合により、始業・終業時間を繰り上げまたは繰り下げる場合がある。
 - 2 業務の都合により、所定時間を越えて労働を命じることがある。
 - 3 業務の都合により、休日に労働を命じることがある。
- 上記1から3の労働を命ずる場合は、本人と事前に協議する。

雇用契約、就業規則に関するチェックリスト

事業所名 :

- * あてはまる箇所にチェックをお願いします。
- * 「いいえ」と答えた項目については、それぞれ所定の手続きを行ってください。

1 雇用する全従業者について雇用契約書を締結していますか。

はい いいえ

2 【一部従業者について派遣・出向で配置する場合のみ】

派遣・出向に関する契約書等により以下の点を確認していますか。

①派遣・出向される職員が特定されていること

はい いいえ

②事業所管理者の指揮命令下で従事すること

はい いいえ

③派遣・出向期間が特定されていること

はい いいえ

④当該従事者に同意を得ていること

はい いいえ

※『訪問看護』については、紹介予定派遣や産休・育休代替としての派遣以外は認められません。

3 就業規則（従業者が10人未満で就業規則を作成していない場合は、「常勤職員の勤務時間に関する調べ」）を作成し、事業所に備えていますか。

はい いいえ

4 最新の就業規則（または「常勤職員の勤務時間に関する調べ」）で定めている常勤職員の実労働時間数を記入してください。

[] 時間／日
[] 時間／週*

* 変形労働制の場合は、1月当たりの時間数を記載してください。

事業所の写真

共通 ⑤

◆ カラー写真はA4の用紙1枚につき4枚程度の大きさで印刷し、貼付してください。（必要であれば、1箇所複数枚可）

①～⑩の他に、事業所の様子が分かるように各設備の写真を貼り付けてください。

【注意事項】・写真を貼付する際は、縮尺の変更がないよう注意してください。

・必要に応じてシートを追加し、作成してください。

・写真番号と写真名の記載がある場合は、word等で作成した任意様式でも構いません。

事業所又は施設の名称 デイ都庁

①外観

ビルの場合も建物の全体が映るように外観写真を添付してください。

②外観

平面図にはそれぞれの写真について、どの写真をどの方向から撮影したのかがわかるよう、番号と矢印を記載してください。

③入口

入口に事業所名を表示した写真を添付してください。

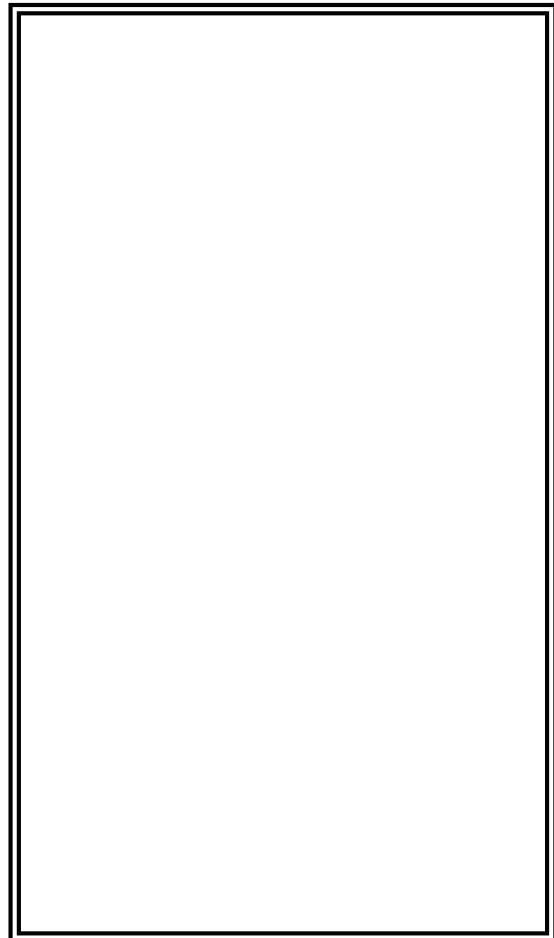
④機能訓練室

定員分の椅子が用意されていることが確認できる写真を添付してください。

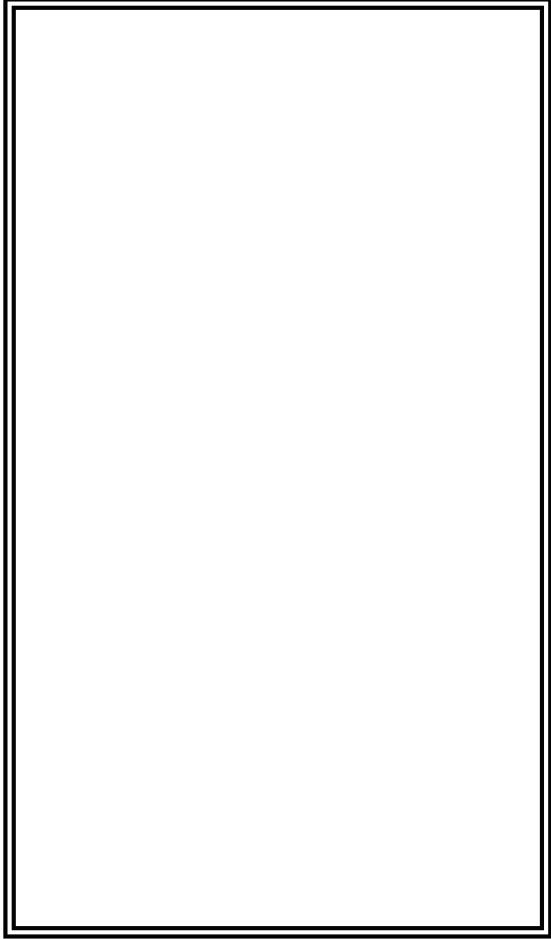
事業所の写真

事業所又は施設の名称	デイ都厅
------------	------

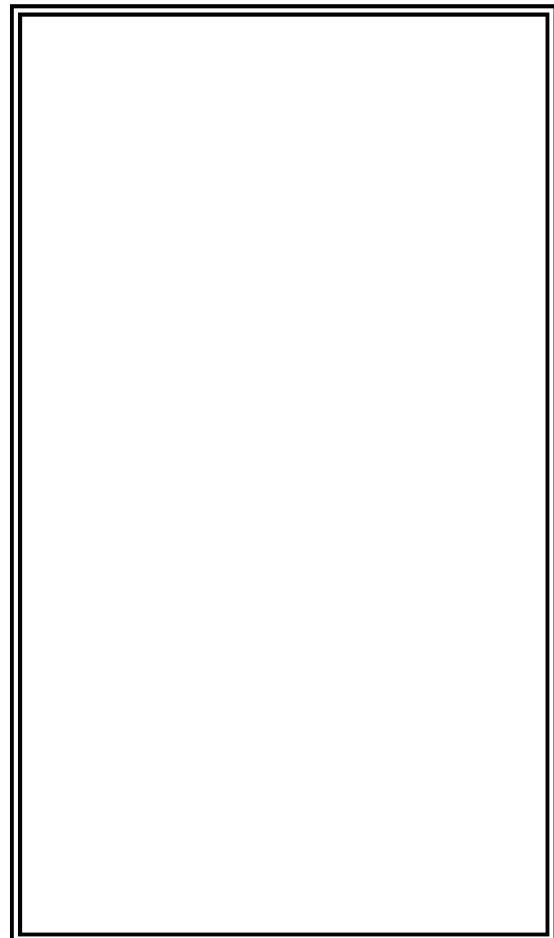
⑤機能訓練室



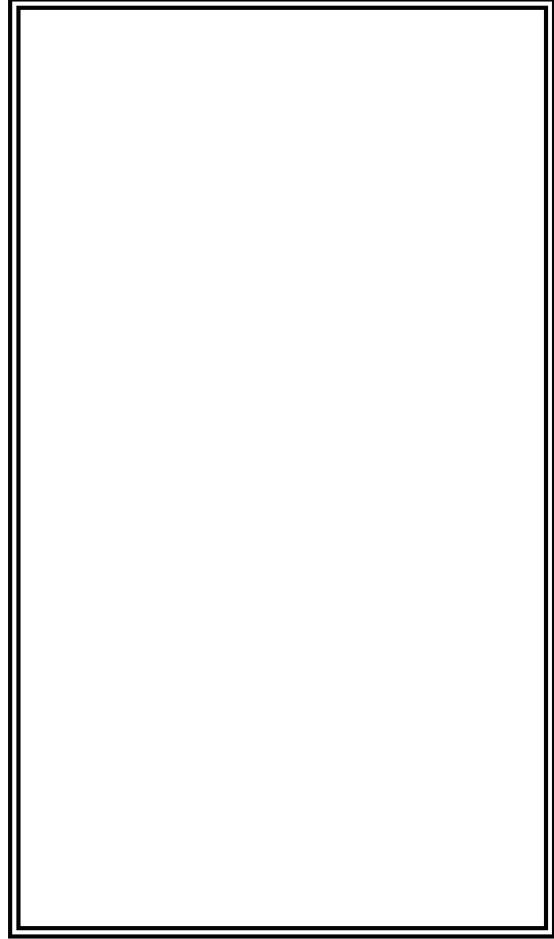
⑥機能訓練室



⑦機能訓練室



⑧機能訓練室

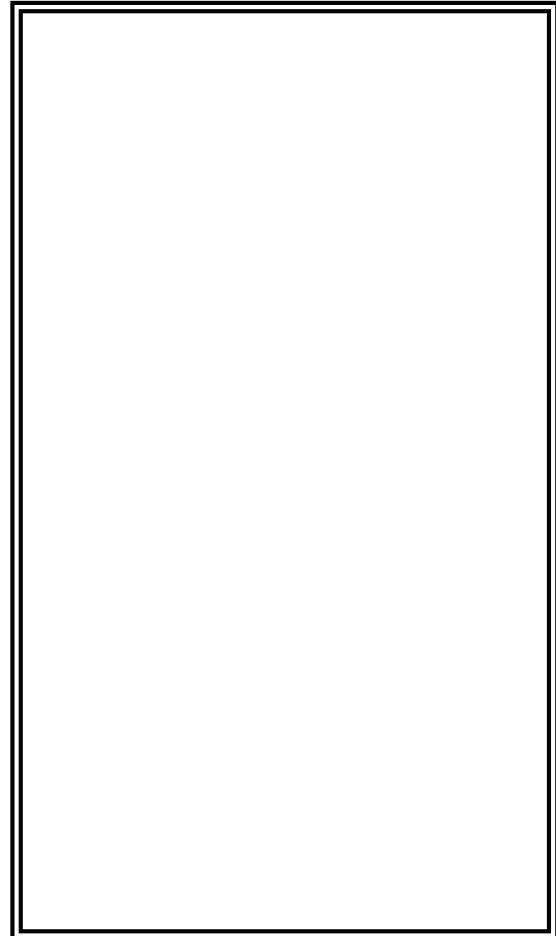


事業所の写真

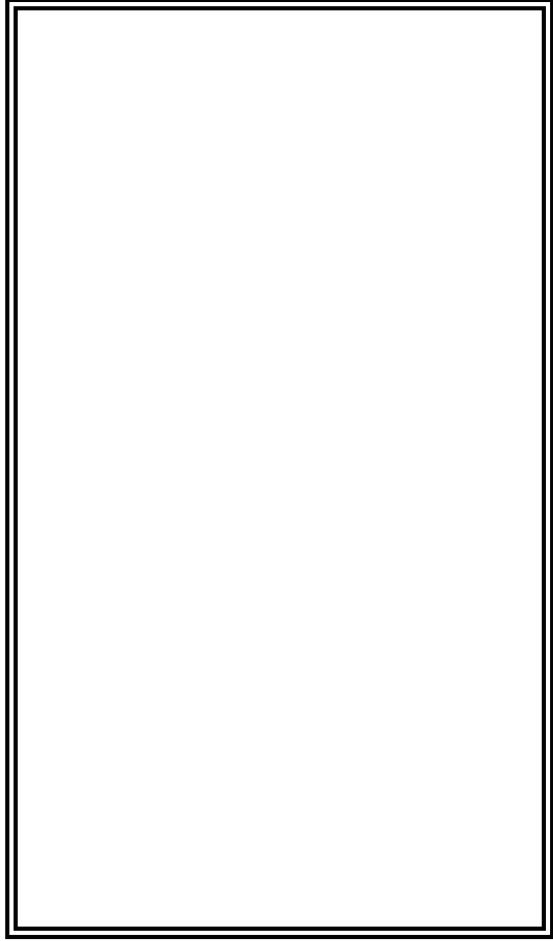
事業所又は施設の名称

デイ都庁

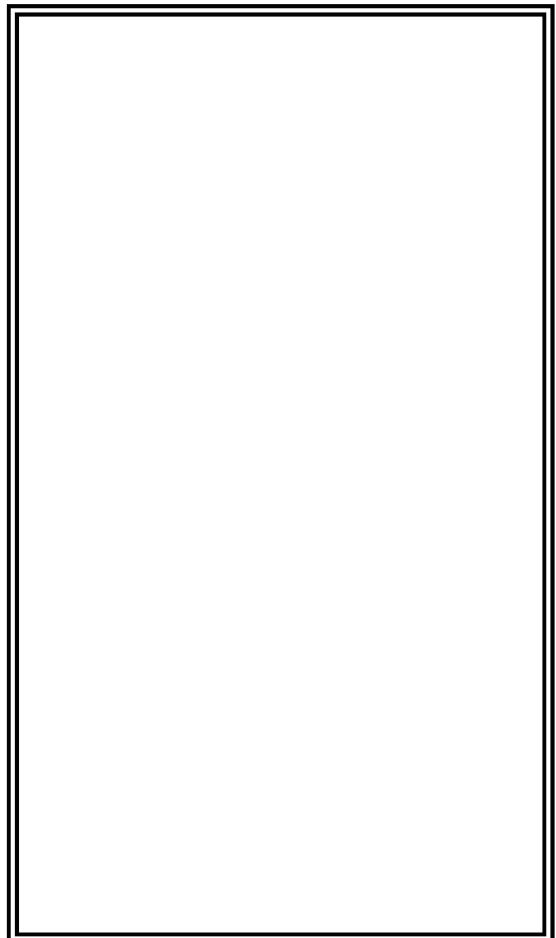
⑨書庫(鍵付き書庫・保管庫等)



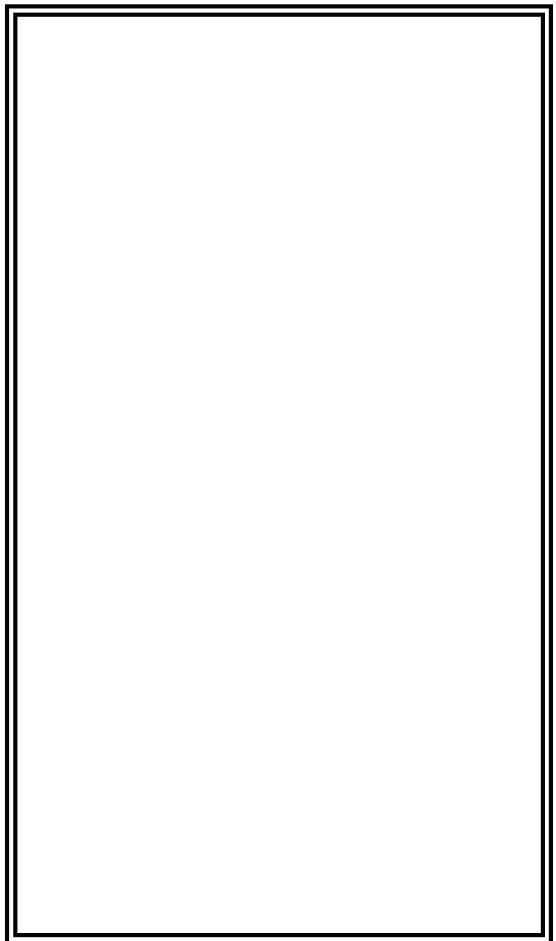
⑩事務スペース



⑪キッチン



⑫トイレ(外側)

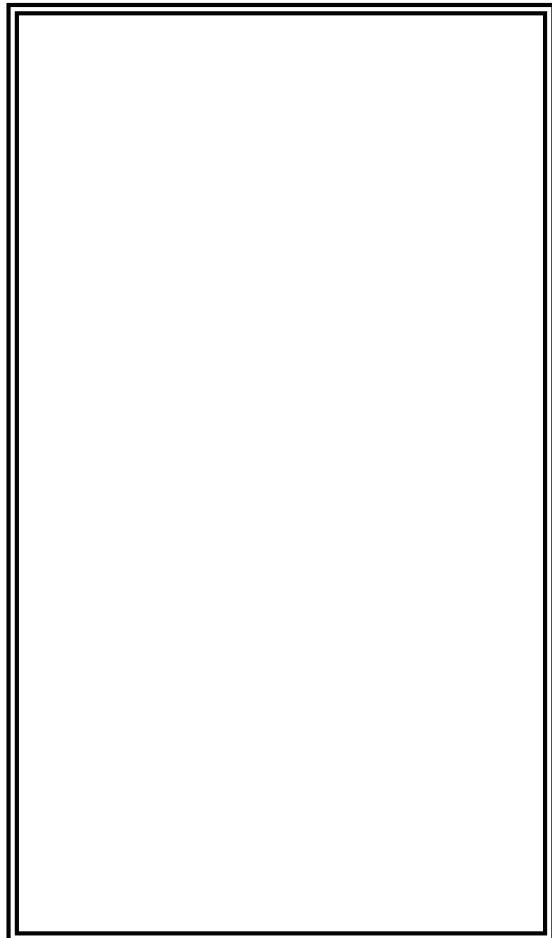


事業所の写真

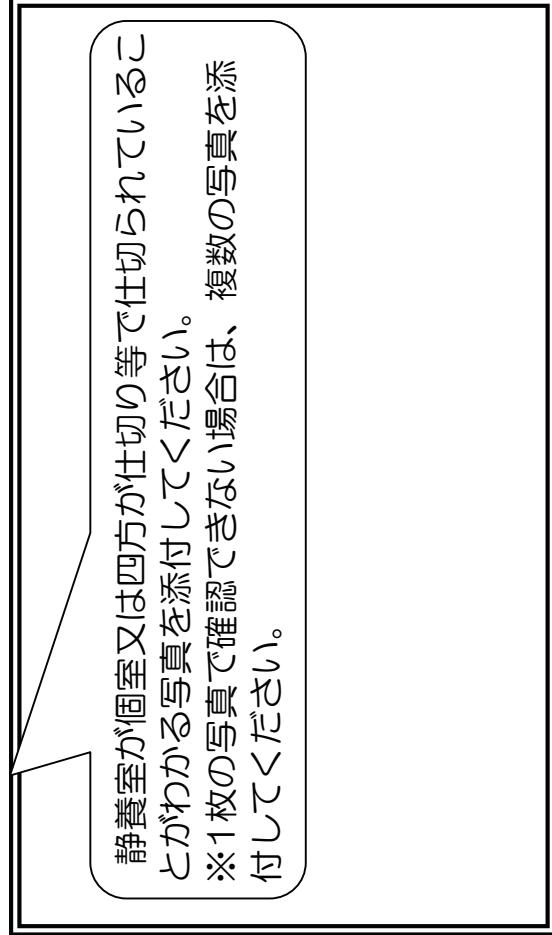
事業所又は施設の名称

デイ都庁

⑬トイレ(室内)



⑭静養室(外側)



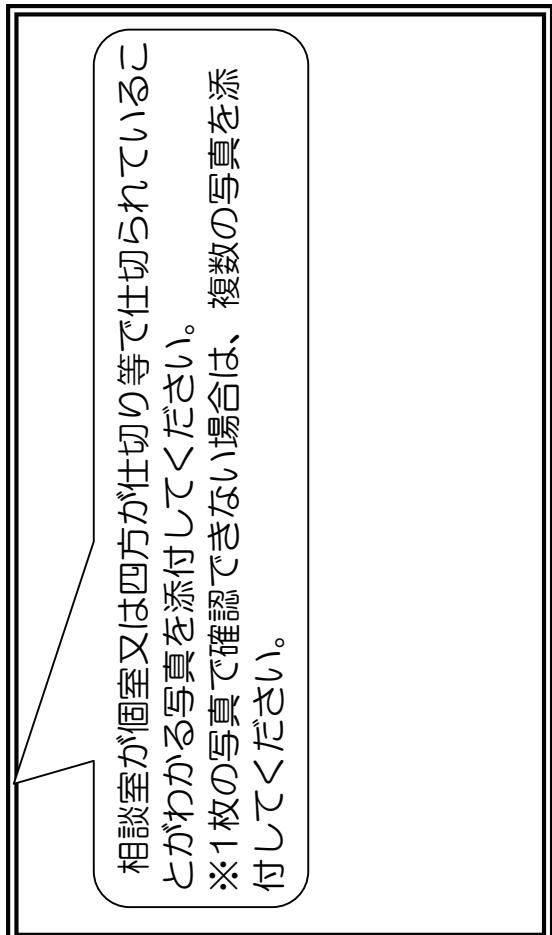
静養室が個室又は四方が仕切り等で仕切られていることがわかる写真を添付してください。
※1枚の写真で確認できない場合は、複数の写真を添付してください。

⑮静養室(室内)



寝具等が設置された状態の写真を添付してください。

⑯相談室(外側)



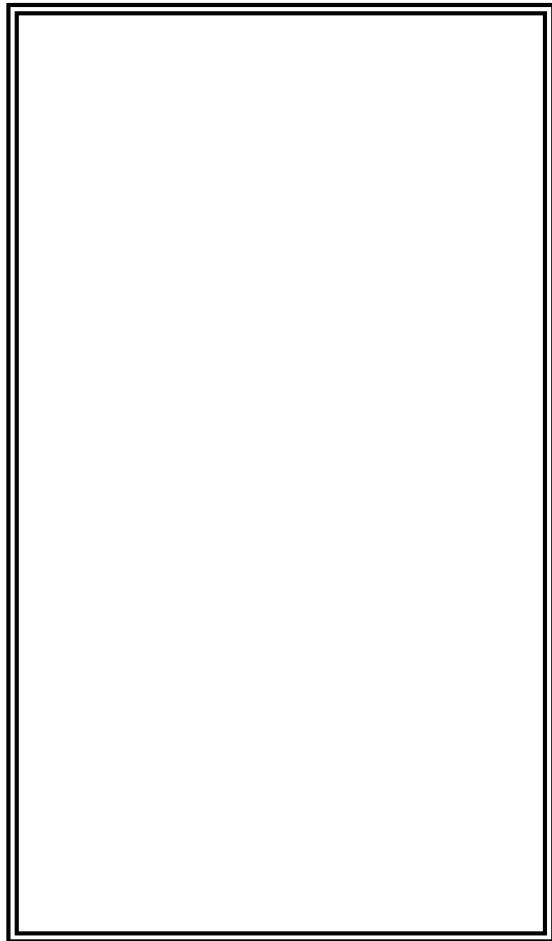
相談室が個室又は四方が仕切り等で仕切られていることがわかる写真を添付してください。
※1枚の写真で確認できない場合は、複数の写真を添付してください。

事業所の写真

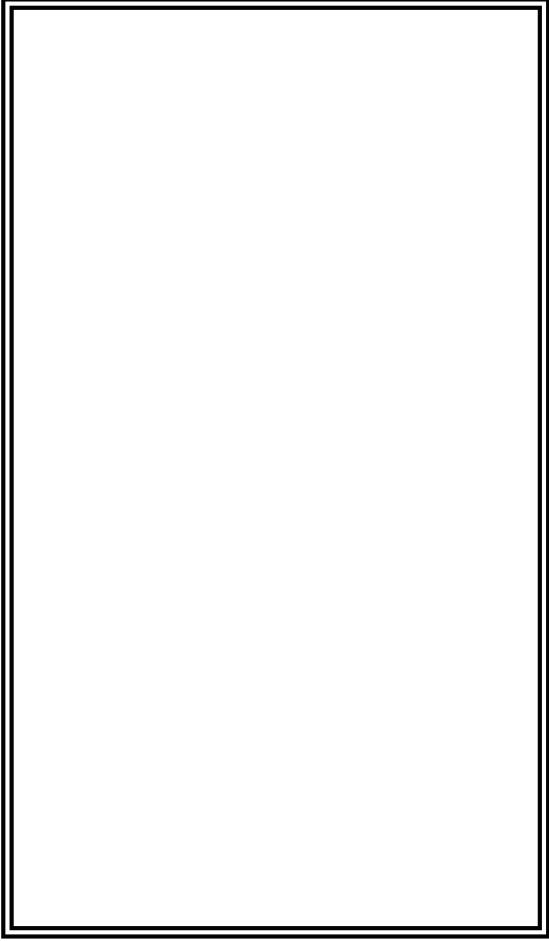
事業所又は施設の名称

デイ都厅

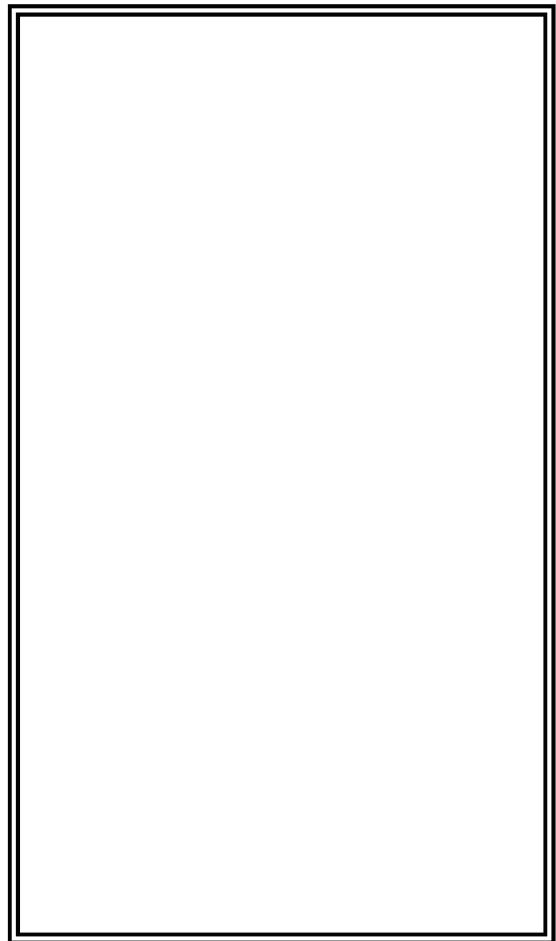
⑯相談室(室内)



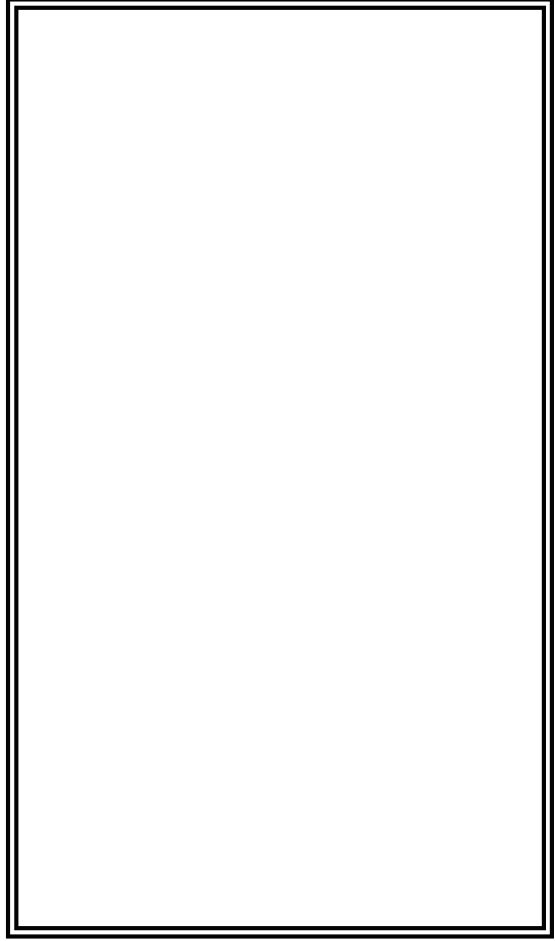
⑯脱衣室(外側)



⑰脱衣室(室内)



⑱浴室



◆各サービスごとに、次の設備の写真に添付する必要があります。なお、事業所の設備の状況に応じて、ここに挙げる設備が必要となる場合があります。

全サービス共通		短期入所生活介護（ユニット型）	
○建物外観、建物入口（事業所名が表示されていること）	○介護職員室		
○個人情報を含む書類・データを適切に保管する設備（鍵付き書庫等）	○看護室		
○事務室（福祉用具販売は除く）等	○調理室		
	○洗濯場		
	○洗濯材料室		
	○汚物処理室		
	等		
○手指洗浄場所	○ユニット		
○利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペース 等	・居室		
	・共同生活室		
	・洗面設備		
	・便所		
	・浴室		
	○医务室		
○手指洗浄場所			
○サービス提供に必要な浴槽、車両等の設備及び備品（駐車場			
○浴槽等の備品・設備等の保管・消毒に必要なスペース 等			
○相談室（プライバシーが確保できることを確認できる外観			
○相談室（内部）			
○食堂及び機能訓練室（全体の様子が分かるように、撮影してください。）			
○撮影する向きを変える（静養室又はカーテン等で仕切られている			
○静養室（静養できるよう個室等が設置された状態の静養室内部）			
○トイレ			
○洗面設備			
○浴室・脱衣スペース（入浴介助を行う場合）			
○キッズ用車両			
○送迎用車両			
	福祉用具貸与		
	○利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペース		
	○保管・消毒に係る設備（回収から消毒、保管まで）等		

○ 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3）

注意事項	(1)	相談窓口(電話番号)、担当者名、受付時間、担当者不在時の対応方法が記載されていますか
	(2)	処理体制、手順、再発防止策が記載されていますか
	(3)	その他参考事項が記載されていますか(解決困難時の対応方法として、保険者等へ報告・連絡調整等を行う旨の記載等)

(参考様式3)

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	ホームヘルプ都庁
申請するサービス種類	訪問介護

措置の概要

1 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置

- ① 連絡先 TEL 03-5320-△△△△ FAX 03-5388-○○○○
 - ② 担当者名 千代田 一郎
 - ③ 受付時間 9:00～18:00
 - ④ 担当者が不在の場合の対応
-

2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ① 苦情原因の把握
 - ② 検討会の開催
 - ③ 改善の実施
 - ④ 解決困難な場合
 - ⑤ 再発防止
 - ⑥ 事故発生時の対応など
-

3 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等(居宅介護支援事業者の場合記入)

4 その他参考事項

備考 上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。
(日本産業規格A列4番)

誓 約 書

年 月 日

東京都 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○)

(別紙①:居宅サービス事業所向け)

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都道府県の条例で定める基準及び同項の都道府県の条例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っ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、第七十九条第二項第四号の三、第九十四条第三項第五号の三、第百七条第三項第七号、第一百十五条の二第二項第五号の三、第百十五条の十二第二項第五号の三、第百十五条の二十二第二項第四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、第七十九条第二項第四号の三、第九十四条第三項第五号の三、第百七条第三項第七号、第一百十五条の二第二項第五号の三、第百十五条の十二第二項第五号の三及び第百十五条の二十二第二項第四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を除く。)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(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、顧問その他の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。第五節及び第二百三十三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を除く。)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、その取消しの日から起算して五年を経過しないとき。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。

(別紙⑤): 介護予防サービス事業所向け

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都道府県の条例で定める基準及び同項の都道府県の条例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つ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、その取消し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、当該通知があつ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、その取消し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、当該通知があつ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つ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關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。