

# 記載例

## 質問兼告知書（チェックシート）

事業所ではなく、法人の所在地・名称・代表者の職・氏名を記載し、実印を押印すること

以下の事項について相違ありません。

法人の所在地：兵庫県〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇

法人の名称：株式会社兵庫居宅サービス事業所

代表者の職・氏名：代表取締役 兵庫 太郎 印

**現在の届出内容を十分確認した上、記入してください。**

### 1 更新申請を行う事業所と種類

- (1) 事業所名を記載してください。（兵庫訪問介護事業所）  
 (2) 更新申請を行う事業について、□にチェックを入れるか、■としてください

居宅・施設サービス	介護予防サービス	記入する様式
<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護		③付表 1 関係に記載
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護	②付表 2 関係
<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護	③付表 3 関係
<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	④付表 4 関係
<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	⑤付表 5 関係
<input type="checkbox"/> 通所介護	※質問兼告知書（チェックシート）はサービスごとに提出が必要です。	
<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	⑦付表 7 関係
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護	⑧付表 8-1、8-2、8-3 関係
<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	⑨付表 9 関係
<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護	⑩付表 10 関係
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与	⑪付表 11 関係
<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/> 特定介護予防福祉用具販売	⑫付表 12 関係
<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設		⑬付表 16 関係

### 2 各事業の指定に係る記載事項（付表関係）

更新申請を行う事業について、①～⑬の該当様式各項目の該当する□にチェックを入れるか、■としてください。

「変更有り」の場合は、別途変更届を提出してください。人員基準（※）を満たしていない場合は更新できません。

#### ①付表 1 関係 訪問介護の事業所のみ記入

管理者 ※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入	管理者の変更の有無 フリガナ ヒョウゴ ハジメ 兵庫 一	変更有り <input checked="" type="checkbox"/> ・ 変更無し <input type="checkbox"/>	変更有りの場合は、変更後の内容を記載の上、当該事項について変更届を同時に提出してください。
従業者	厚生労働省が定める人員基準（※1）を満たしていますか	はい <input checked="" type="checkbox"/> ・ いいえ <input type="checkbox"/>	
サービス提供責任者 ※変更有りの場合は変更後のサービス提供責任者名を記入	サービス提供責任者の変更の有無 フリガナ ① フリガナ ③	変更有り <input type="checkbox"/> ・ 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>	人員基準を満たしていない場合は更新できません。
主な掲示事項のうち営業日、その他年間の休日、営業時間、サービス提供可能な時間、通常の事業実施地域	営業日の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・ 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>	変更有りの場合は、当該事項について変更届に変更事項を記載のうえ、同時に提出してください。
	その他年間の休日の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・ 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>	
	営業時間の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・ 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>	
	サービス提供可能な時間の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・ 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>	
	通常の事業実施地域の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・ 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>	

②付表 2 関係 訪問入浴介護、介護予防訪問入浴介護の事業所のみ記入

管理者 ※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入	管理者の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	フリガナ	
従業者	厚生労働省が定める人員基準（※1）を満たしていますか	はい□・いいえ□
主な揭示事項のうち営業日、その他年間の休日、営業時間、サービス提供可能な時間、通常の事業実施地域	営業日の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	その他年間の休日の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	営業時間の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	サービス提供可能な時間の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	通常の事業実施地域の変更の有無	変更有り□・変更無し□

③付表 3 関係 訪問看護、介護予防訪問看護の事業所のみ記入

管理者 ※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入	管理者の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	フリガナ	
従業者	厚生労働省が定める人員基準（※1）を満たしていますか	はい□・いいえ□
主な揭示事項のうち営業日、その他年間の休日、営業時間、サービス提供可能な時間、通常の事業実施地域	営業日の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	その他年間の休日の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	営業時間の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	サービス提供可能な時間の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	通常の事業実施地域の変更の有無	変更有り□・変更無し□

④付表 4 関係 訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーションの事業所のみ記入

管理者 ※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入	管理者の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	フリガナ	
従業者	厚生労働省が定める人員基準（※1）を満たしていますか	はい□・いいえ□
主な揭示事項のうち営業日、その他年間の休日、営業時間、サービス提供可能な時間、通常の事業実施地域	営業日の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	その他年間の休日の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	営業時間の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	サービス提供可能な時間の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	通常の事業実施地域の変更の有無	変更有り□・変更無し□

⑤付表 5 関係 居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導の事業所のみ記入

管理者 ※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入	管理者の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	フリガナ	
従業者	厚生労働省が定める人員基準（※1）を満たしていますか	はい□・いいえ□
主な揭示事項のうち営業日、その他年間の休日、営業時間、サービス提供可能な時間	営業日の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	その他年間の休日の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	営業時間の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	サービス提供可能な時間の変更の有無	変更有り□・変更無し□

⑥付表 6 関係 **通所介護の事業所のみ記入**

管理者 ※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入	管理者の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	フリガナ	
従業者	厚生労働省が定める人員基準（※）を満たしていますか	はい□・いいえ□
単位別情報のうち 利用定員、営業日、 その他年間の休日、 営業時間、主な 掲示事項のうち 通常の事業実施地 域	利用定員の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	営業日の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	その他年間休日の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	営業時間の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	通常の事業実施地域の変更の有無	変更有り□・変更無し□

⑦付表 7 関係 **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の事業所のみ記入**

管理者 ※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入	管理者の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	フリガナ	
従業者	厚生労働省が定める人員基準（※1）を満たしていますか	はい□・いいえ□
単位別情報のうち 利用定員、営業日、 その他年間の休日、 営業時間、主な 掲示事項のうち 通常の事業実施地 域	利用定員の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	営業日の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	その他年間休日の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	営業時間の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	通常の事業実施地域の変更の有無	変更有り□・変更無し□

⑧付表 8-1、8-2、8-3 関係 **短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護の事業所のみ記入**

管理者 ※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入	管理者の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	フリガナ	
従業者	厚生労働省が定める人員基準（※1）を満たしていますか	はい□・いいえ□
利用者の推定数	利用者の推定数の変更の有無	変更有り□・変更無し□
主な掲示事項のうち 通常の送迎の実 施地域	通常の送迎の実施地域の変更の有無	変更有り□・変更無し□

⑨付表 9 関係 **短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護の事業所のみ記入**

管理者 ※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入	管理者の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	フリガナ	
従業者	厚生労働省が定める人員基準（※）を満たしていますか	はい□・いいえ□
設備	厚生労働省が定める設備基準（※）を満たしていますか	はい□・いいえ□
入院患者又は入所者の定員	利用者の推定数の変更の有無	変更有り□・変更無し□
主な掲示事項のうち 通常の送迎の実 施地域	通常の送迎の実施地域の変更の有無	変更有り□・変更無し□

⑩付表 10 関係 **特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護の事業所のみ記入**

管理者 ※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入	管理者の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	フリガナ	
従業者	厚生労働省が定める人員基準（※）を満たしていますか	はい□・いいえ□
利用者の推定数	利用者の推定数の変更の有無	変更有り□・変更無し□
介護支援専門員	介護支援専門員の変更の有無	変更有り□・変更無し□

⑪付表 11 関係 **福祉用具貸与、介護予防福祉用具貸与の事業所のみ記入**

管理者 ※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入	管理者の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	フリガナ	
従業者	厚生労働省が定める人員基準（※）を満たしていますか	はい□・いいえ□
主な揭示事項のうち営業日、その他年間の休日、営業時間、取り扱う種目、通常の事業実施地域	営業日の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	その他年間の休日の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	営業時間の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	取り扱う種目の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	通常の事業実施地域の変更の有無	変更有り□・変更無し□

⑫付表 12 関係 **特定福祉用具販売、特定介護予防福祉用具販売の事業所のみ記入**

管理者 ※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入	管理者の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	フリガナ	
従業者	厚生労働省が定める人員基準（※）を満たしていますか	はい□・いいえ□
主な揭示事項のうち営業日、その他年間の休日、営業時間、取り扱う種目、通常の事業実施地域	営業日の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	その他年間の休日の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	営業時間の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	取り扱う種目の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	通常の事業実施地域の変更の有無	変更有り□・変更無し□

⑬付表 16 関係 **介護療養型医療施設のみ記入**

管理者 ※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入	管理者の変更の有無	変更有り□・変更無し□
	フリガナ	
従業者	厚生労働省が定める人員基準（※）を満たしていますか	はい□・いいえ□
入院患者の推定数	入院患者の推定数の変更の有無	変更有り□・変更無し□
介護支援専門員	介護支援専門員の変更の有無	変更有り□・変更無し□

※厚生労働省が定める人員基準とは次のことを言います。

(居宅サービス)

「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)に定める人員基準、設備基準を満たしていることを言います。

(介護予防サービス)

「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)に定める人員基準、設備基準を満たしていることを言います。

(介護療養型医療施設)

「健康保険法等の一部を改正する法律(平成18年法律第83号)附則第130条の2第1項の規程によりなおその効力を有するものとされる指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準」(平成11年厚生省令第41号)に定める人員基準、設備基準を満たしていることを言います。