

指定等事務に係る審査手数料の徴収について

1 はじめに

広島県からの権限移譲に伴い、現在、広島県が徴収している指定申請などに対する審査手数料を福山市においても徴収することとなります。

2 内容

介護サービス事業者の指定（許可）、指定（許可）更新及び変更の申請に対する審査手数料を徴収します。また、地域密着型（介護予防）サービスについても他のサービスとの整合を図るため、同様に徴収することとします。

対象とする介護サービス事業者及び審査手数料は別表のとおりです。

3 留意点

基本的には、広島県の審査手数料額を引き継ぐこととなりますが、介護サービス及び介護予防サービスの事業を同一の事業所において一体的に行う場合については、その申請に係る審査事務量等を勘案し、別の審査手数料額を設定しています。

4 徴収開始時期

2012年（平成24年）4月1日以降の申請から

5 徴収方法

各種申請書の修正（補正）を終えた後、福山市が納付書を発行します。事業者が金融機関で支払った後、その領収書の写しを申請書に添付して提出してください。領収書の写しのないものは、申請受付ができません。

また、支払後に事業が中止・延期となった場合や、指定に至らなかった場合においても、審査手数料は返還しませんので、ご注意ください。

別表

介護サービス事業者に係る福山市審査手数料

	申請者	申請区分	福山市	参考 (広島県現行)
①	指定居宅サービス事業者 【権限移譲】	指 定	20,000円 (※1) 10,000円	20,000円
		指定更新	10,000円 (※2) 5,000円	10,000円
		指定変更	10,000円	—
②	指定介護予防サービス事業者 【権限移譲】	指 定	20,000円 (※1) 10,000円	10,000円
		指定更新	10,000円 (※2) 5,000円	10,000円
③	指定地域密着型サービス事業者 (⑤及び⑥を除く。)	指 定	20,000円 (※1) 10,000円	—
		指定更新	10,000円 (※2) 5,000円	—
④	指定地域密着型 介護予防サービス事業者	指 定	20,000円 (※1) 10,000円	—
		指定更新	10,000円 (※2) 5,000円	—
⑤	指定地域密着型サービス事業者 (地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)	指 定	30,000円	—
		指定更新	15,000円	—
⑥	指定地域密着型サービス事業者 (複合型サービス)	指 定	25,000円 組合せ数を増すごとに+5,000円	—
		指定更新	12,500円 組合せ数を増すごとに+2,500円	—
⑦	指定居宅介護支援事業者 【権限移譲】	指 定	20,000円	20,000円
		指定更新	10,000円	10,000円
⑧	指定介護老人福祉施設 【権限移譲】	指 定	30,000円	30,000円
		指定更新	15,000円	15,000円
⑨	介護老人保健施設 【権限移譲】	許 可	63,000円	63,000円
		許可更新	33,000円	33,000円
		許可変更	33,000円	33,000円
⑩	指定介護療養型医療施設 【権限移譲】	指 定	—	30,000円
		指定更新	15,000円	15,000円
		指定変更	15,000円	15,000円

※1 一体的に運営する事業に係る指定を既に受け、又は同時に受けようとする場合

※2 一体的に運営する事業に係る指定の更新を同時に受けようとする場合

※裏面に領収書(写し)を貼付すること。



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

指定申請書

年 月 日

福山市長 様

所在地 (個人にあつては、住所)
 申請者 名称
 代表者職・名前 (個人にあつては、名前)



介護保険法(平成9年法律第123号)に規定する事業所(施設)に係る指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地		(〒 ー) 都道府県 郡市区			
	連絡先	電話番号	FAX番号			
指定を受けようとする事業所・施設	法人の種類別		法人の所轄庁			
	代表者の職・名前・生年月日	職名	フリガナ 名前	生年月日 年 月 日		
	代表者の住所		(〒 ー) 都道府県 郡市区			
	フリガナ 事業所・施設の名称					
指定を受けようとする事業所・施設	事業所・施設の所在地		(〒 ー) 広島県 福山市			
	連絡先	電話番号	FAX番号			
	事業所・施設の種別		実施事業	指定申請をする事業等の 事業開始予定年月日	既に指定を受けている 事業等の指定年月日	様式
	指定居宅サービス	訪問介護				付表 1
		訪問入浴介護				付表 2
		訪問看護				付表 3
		訪問リハビリテーション				付表 4
		居宅療養管理指導				付表 5
		通所介護				付表 6
		通所リハビリテーション				付表 7
		短期入所生活介護				付表 8
		短期入所療養介護				付表 9
		特定施設入居者生活介護				付表 10
		福祉用具貸与				付表 11
		特定福祉用具販売				付表 12
	指定介護予防サービス	介護予防訪問介護				付表 1
		介護予防訪問入浴介護				付表 2
		介護予防訪問看護				付表 3
		介護予防訪問リハビリテーション				付表 4
		介護予防居宅療養管理指導				付表 5
介護予防通所介護				付表 6		
介護予防通所リハビリテーション				付表 7		
介護予防短期入所生活介護				付表 8		
介護予防短期入所療養介護				付表 9		
介護予防特定施設入居者生活介護				付表 10		
介護予防福祉用具貸与				付表 11		
特定介護予防福祉用具販売				付表 12		
居宅介護支援				付表 13		
介護老人福祉施設				付表 22		
介護保険事業所番号		3 4	申請書担当者			
医療機関コード等			連絡先			

(裏面)

備考

- 1 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」等の別を記入すること。
- 2 「法人の所轄庁」欄は、申請者が許可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。
- 3 「実施事業」欄は、今回の申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に○を記入すること。
- 4 「指定申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記入すること。
- 5 「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は、指定を受けようとする事業所・施設と同一所在地にある指定事業者又は介護保険施設として指定された年月日(法第71条第1項又は法第72条第1項(法第115条の11において準用する場合を含む。))の規定により指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日を記入すること。
- 6 「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局又は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、そのコードを記入すること。複数のコードを有する場合には、様式を補正して、そのすべてを記入すること。

領収書の写しは、
この面に貼ってください。

(領収書の写しの右端をここに貼ってください。)

※裏面に領収書(写し)を貼付すること。

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

指定更新申請書

見本

年 月 日

福山市長 様

所在地
 (個人にあつては、住所)
 申請者 名称
 代表者職・名前
 (個人にあつては、名前)

㊞

介護保険法(平成9年法律第123号)に規定する事業所(施設)に係る指定更新を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

介護保険事業者番号	3	4							
-----------	---	---	--	--	--	--	--	--	--

申請者	フリガナ 名称											
	主たる事務所の所在地	(〒 ー) 都道府県 郡市区										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
	法人の種類別					法人の所轄庁						
更新を受けようとする事業所・施設	代表者の職・名前・生年月日	職名			フリガナ 名前			生年月日	年 月 日			
	代表者の住所	(〒 ー) 都道府県 郡市区										
	フリガナ 事業所・施設 の名称											
	事業所・施設 の所在地	(〒 ー) 広島県 福山市										
更新を受けようとする事業所・施設	連絡先	電話番号					FAX番号					
	事業所・施設の種類の種類		実施事業	既に受けている指定の有効期間満了日				様式				
	指定居宅サービス	訪問介護							付表 1			
		訪問入浴介護							付表 2			
		訪問看護							付表 3			
		訪問リハビリテーション							付表 4			
		居宅療養管理指導							付表 5			
		通所介護							付表 6			
		通所リハビリテーション							付表 7			
		短期入所生活介護							付表 8			
		短期入所療養介護							付表 9			
		特定施設入居者生活介護							付表 10			
		福祉用具貸与							付表 11			
		特定福祉用具販売							付表 12			
	指定介護予防サービス	介護予防訪問介護							付表 1			
		介護予防訪問入浴介護							付表 2			
		介護予防訪問看護							付表 3			
		介護予防訪問リハビリテーション							付表 4			
		介護予防居宅療養管理指導							付表 5			
		介護予防通所介護							付表 6			
		介護予防通所リハビリテーション							付表 7			
		介護予防短期入所生活介護							付表 8			
		介護予防短期入所療養介護							付表 9			
		介護予防特定施設入居者生活介護							付表 10			
介護予防福祉用具貸与								付表 11				
特定介護予防福祉用具販売								付表 12				
居宅介護支援								付表 13				
介護老人福祉施設								付表 22				
介護療養型医療施設								付表 24				
申請書担当者						連絡先						

(裏面)

備考

- 1 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」等の別を記入すること。
- 2 「法人の所轄庁」欄は、申請者が許可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。
- 3 「実施事業」欄は、今回の更新申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に○を記入すること。
- 4 「既を受けている指定の有効期間満了日」欄は、更新を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある事業所・施設の指定の有効期間満了日を記入すること。

領収書の写しは、
この面に貼ってください。

(領収書の写しの右端をここに貼ってください。)

変更届出書

年 月 日

福山市長様

所在地
 (個人にあっては、住所)
 事業(開設)者 名称
 代表者職・名前
 (個人にあっては、名前)

印

介護保険法(平成9年法律第123号)の規定により、指定(許可)を受けた内容を変更しましたので、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

介護保険事業所番号	3	4							
-----------	---	---	--	--	--	--	--	--	--

指定(許可)内容を変更した事業所(施設)		名称 (〒 -) 所在地
サービスの種類		
変更があった事項		変更の内容
1	事業所(施設)の名称	(変更前)
2	事業所(施設)の所在地	
3	事業者(開設者)の名称	
4	主たる事務所の所在地	
5	代表者の名前、生年月日、住所及び職名	
6	定款・寄附行為等及びその登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)	
7	事業所(施設)の建物の構造概要及び平面図	
8	備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護に限る。)	
9	事業所(施設)の管理者の名前、生年月日及び住所(介護老人保健施設を除く。)	
10	サービス提供責任者の名前、生年月日及び住所	
11	運営規程	
12	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関	(変更後)
13	事業所の病院、診療所、薬局、介護老人保健施設等の種別	
14	提供する居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導の種別	
15	事業実施形態(単独型、本体施設が特別介護老人ホームの場合の空床利用型・併設型の別)	
16	入院患者又は入所者の定員	
17	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携及び支援体制の概要	
18	福祉用具の保管・消毒方法(委託している場合にあつては、委託先の状況)	
19	併設施設の概要等	
20	本体施設の概要、本体施設との移動経路等	
21	役員の名前、生年月日及び住所	
22	介護支援専門員の名前及びその登録番号	
23	連携する訪問看護事業所の名称及び所在地	
変更年月日		年 月 日
届出書担当者		連絡先

添付書類 変更内容が分かる書類
 備考 該当項目番号に○印を付すこと。

見本

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日

福 山 市 長 様

所 在 地
 事業(開設)者 (個人にあっては、住所)
 名 称
 代表者職・名前
 (個人にあっては、名前) 印

介護保険法(平成9年法律第123号)の規定により、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

		介護保険事業所番号	3	4					
事業所(施設)名									
事業所(施設)の所在地		〒 - (電話番号 - -) (FAX番号 - -)							
出張所等の所在地		〒 - (電話番号 - -) (FAX番号 - -)							
管 理 者	名 前								
	住 所	〒 -							
サービスの種類		介護給付対象サービス			予防給付対象サービス				
指定(許可)年月日		年 月 日			年 月 日				
異 動 区 分		1 新規 2 変更 3 終了			1 新規 2 変更 3 終了				
異 動 年 月 日		年 月 日							
変 更 前				変 更 後					
関 係 書 類		別 添 の と お り							
届出書担当者					連 絡 先				

- 備考1 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」(別表)及びその他の必要書類を添付すること。
 2 「出張所等の所在地」欄は、主たる事業所(施設)の所在地以外の場所で一部実施する出張所等がある場合に、適宜欄を補正して全て記入すること。
 3 「サービスの種類」欄は、介護給付対象サービス及び予防給付対象サービスの事業を同一の事業所において一体的に運営する場合に、それぞれ記入すること。