

|      |  |
|------|--|
| 受付番号 |  |
|------|--|

**指定地域密着型サービス事業所  
指定地域密着型介護予防サービス事業所 指定更新申請書**

平成 年 月 日

大村市長 様

所在地

申請者 名 称

代表者氏名

印

介護保険法に規定する事業所に係る指定更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|            |  |
|------------|--|
| 事業所所在市町村番号 |  |
|------------|--|

|  |                  |                      |      |        |                    |                      |
|--|------------------|----------------------|------|--------|--------------------|----------------------|
| 申<br>請<br>者  | フリガナ             |                      |      |        |                    |                      |
|  | 名 称              |                      |      |        |                    |                      |
|  | 主たる事務所の所在地       | (郵便番号 - )            |      |        |                    |                      |
|  |                  | (ビルの名称等)             |      |        |                    |                      |
|  | 連絡先              | 電話番号                 |      | FAX 番号 |                    |                      |
|  | 法人の種類別           |                      |      | 法人所轄庁  |                    |                      |
|  | 代表者の職名・氏名・生年月日   | 職名                   | フリガナ |        | 生年月日               |                      |
| 氏名   |                  |                      |      |        |                    |                      |
| 代表者の住所   | (郵便番号 - )        |                      |      |        |                    |                      |
| 指<br>定<br>更<br>新<br>を<br>受<br>け<br>よ<br>う<br>と<br>す<br>る<br>事<br>業<br>所<br>及<br>び<br>事<br>業<br>の<br>種<br>類 | フリガナ             |                      |      |        |                    |                      |
|  | 名 称              |                      |      |        |                    |                      |
|  | 所在地              | (郵便番号 - )            |      |        |                    |                      |
|  | 同一所在地において行う事業の種類 |                      |      | 実施事業   | 現に指定を受けている事業の指定年月日 | 現に指定を受けている有効期間の満了年月日 |
|  | 地域密着型サービス        | 夜間対応型訪問介護            |      |        |                    |                      |
|  |                  | 認知症対応型通所介護           |      |        |                    |                      |
|  |                  | 小規模多機能型居宅介護          |      |        |                    |                      |
|  |                  | 認知症対応型共同生活介護         |      |        |                    |                      |
|  |                  | 地域密着型特定施設入居者生活介護     |      |        |                    |                      |
|  |                  | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |      |        |                    |                      |
|  |                  | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護     |      |        |                    |                      |
|  |                  | 看護小規模多機能型居宅介護        |      |        |                    |                      |
|  | 介護予防サービス         | 地域密着型通所介護            |      |        |                    |                      |
| 介護予防認知症対応型通所介護   |                  |                      |      |        |                    |                      |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護  |                  |                      |      |        |                    |                      |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護   |                  |                      |      |        |                    |                      |
| 介護保険事業所番号  |                  |                      |      |        |                    |                      |
| 指定を受けている他市町村名  |                  |                      |      |        |                    |                      |
| 医療機関コード等   |                  |                      |      |        |                    |                      |

備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「現に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- 6 「現に指定を受けている有効期間の満了年月日」欄は、現在を受けている指定の有効期間が満了する年月日を記載してください。
- 7 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。
- 8 既に指定地域密着型サービス事業所の指定更新を受けている事業者が、指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定更新を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「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の予定年月日」「当該申請に係る地域密着型介護予防サービス費の請求に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「役員の氏名、生年月日及び住所」「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、申請書への記載又は書類の提出を省略できます。また、既に指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定更新を受けている事業者が、指定地域密着型サービス事業所の指定更新を受ける場合においても同様です。
- 9 指定更新を受けようとする事業に係る指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所指定申請書（様式第1号）の付表及び別添を添付してください。

付表 9-1 地域密着型通所介護(療養通所介護)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 - )<br>県 都市 |                |           |         |
|                                    | 連絡先  | 電話番号              |                | FAX番号     |         |
|                                    |  | Email             |                |           |         |
| 管理者                                | フリガナ   |                   | 住所             | (郵便番号 - ) |         |
|                                    | 氏名   |                   |                |           |         |
|                                    | 生年月日   |                   |                |           |         |
|                                    | 当該通所介護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                |                |           |         |
|                                    |  | 兼務する職種及び勤務時間等     |                |           |         |
| ○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                          |  | 生活相談員             | 看護職員           | 介護職員      | 機能訓練指導員 |
| 常勤(人)                              |  |                   |                |           |         |
| 非常勤(人)                             |  |                   |                |           |         |
| ○設備に関する基準の確認に必要な事項                 |  |                   |                |           |         |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積                     |  |                   | m <sup>2</sup> |           |         |
| 営業時間                               | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : ) |                   |                |           |         |
| 利用定員                               | 人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人)                            |                   |                |           |         |
| 添付書類                               | 別添のとおり   |                   |                |           |         |

(地域密着型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)

|                    |  |                   |                |       |  |
|--------------------|--|-------------------|----------------|-------|--|
| 事業所                | フリガナ   |                   |                |       |  |
|                    | 名称   |                   |                |       |  |
|                    | 所在地  | (郵便番号 - )<br>県 都市 |                |       |  |
|                    | 連絡先  | 電話番号              |                | FAX番号 |  |
|                    |  | Email             |                |       |  |
| ○設備に関する基準の確認に必要な事項 |  |                   |                |       |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積     |  |                   | m <sup>2</sup> |       |  |
| 営業時間               | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : ) |                   |                |       |  |
| 利用定員               | 人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人)                            |                   |                |       |  |
| 添付書類               | 平面図  |                   |                |       |  |

- 備考 1 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様に記載した書類を添付してください。  
 2 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。  
 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。  
 4 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職員も含めて記載してください。

(別添)

付表 9-1 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定(更新)に係る記載事項 添付書類

|   | 添付書類                     | 参考様式  |
|---|--------------------------|-------|
| 1 | 登記事項証明書又は条例等             |       |
| 2 | 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表        | 参考様式1 |
| 3 | 平面図                      | 参考様式3 |
| 4 | 設備等一覧表                   |       |
| 5 | 運営規程                     |       |
| 6 | 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5 |
| 7 | 誓約書                      | 参考様式6 |

(留意事項)

付表 9-1 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定(更新)に係る記載事項 添付書類

|   | 添付書類                     | 留意事項  |
|---|--------------------------|---|
| 1 | 登記事項証明書又は条例等             | ・登記事項証明書(法人登記簿謄本)は発行から3月以内のものを添付すること。   |
| 2 | 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表        | ・参考様式1<br>・原則、指定月の4週間分の勤務予定表を提出すること。<br>・従業員の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、専従・兼務の別を明確にすること。<br>・勤務予定表で氏名を記載した順に資格者証の写しを添付すること。<br>・基準上必要とされる資格者証以外にも介護関係の研修等受講歴がある場合は当該修了証等の写しも添付すること。   |
| 3 | 平面図                      | ・参考様式3<br>・記載する面積は、有効面積(内法)とすること。   |
| 4 | 設備等一覧表                   | ・参考様式4<br>・申請するサービス種類に関して、基準条例で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、付表及び平面図で確認できる項目以外の事項について記載すること。   |
| 5 | 運営規程                     | ・下記(1)から(10)の項目が記載された運営規程を添付すること。<br>(1)事業の目的及び運営の方針<br>(2)従業員の職種、員数及び職務の内容<br>(3)営業日及び営業時間<br>(4)指定地域密着型通所介護の利用定員<br>(5)指定地域密着型通所介護の内容及び利用料その他の費用の額<br>(6)通常の事業の実施地域<br>(7)サービス利用に当たっての留意事項<br>(8)緊急時等における対応方法<br>(9)非常災害対策<br>(10)その他運営に関する重要事項 |
| 6 | 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5   |
| 7 | 誓約書                      | 参考様式6   |

(参考様式1)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ( 年 月分) サービス種類( )

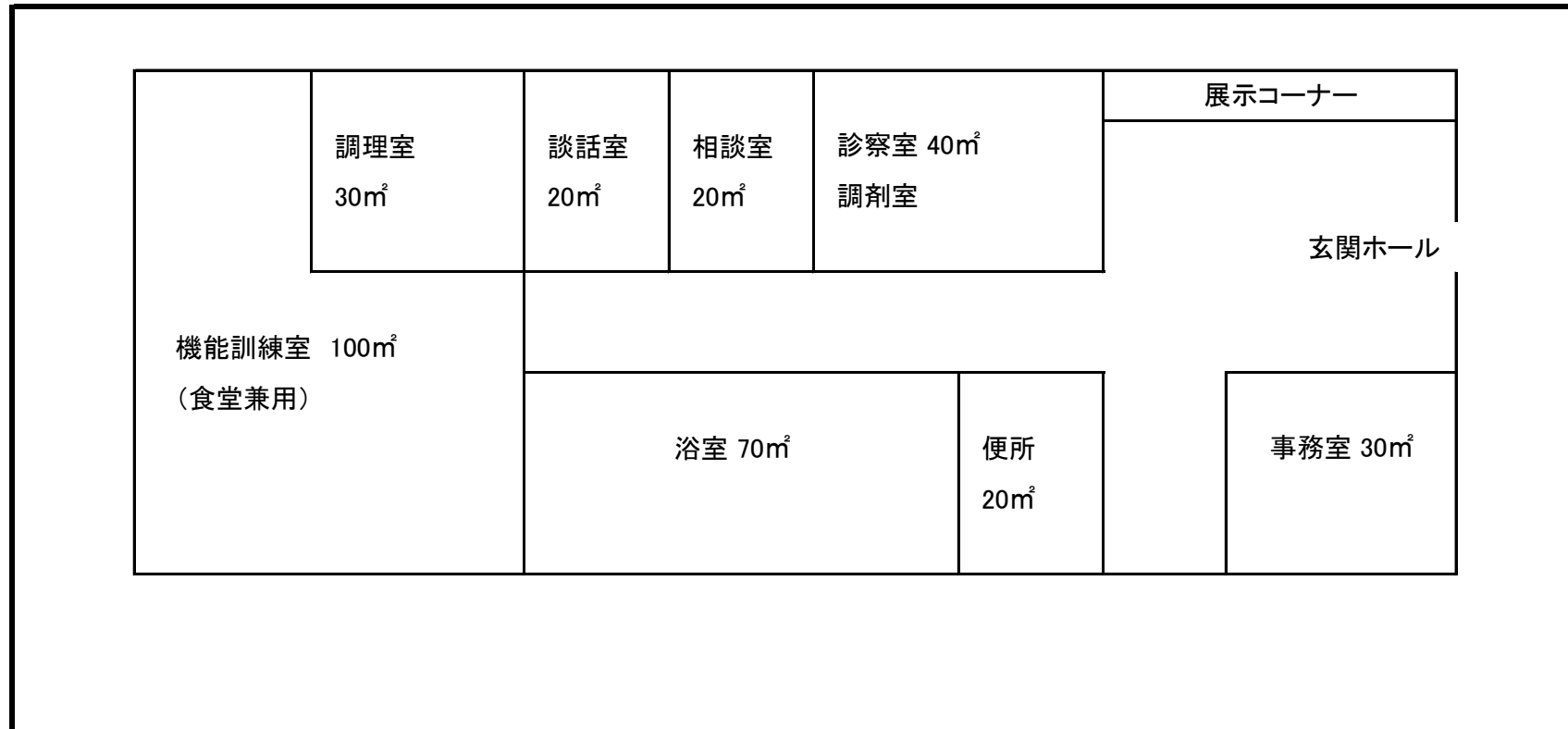
事業所・施設名( )

| 職種      | 勤務形態 | 氏名 | 第1週 |    |    |    |    |   |   | 第2週 |   |    |    |    |    |    | 第3週 |    |    |    |    |    |    | 第4週 |    |    |    |    |    |    | 4週合計 | 週平均の勤務時間 | 常勤換算後の人数 |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|------|----|-----|----|----|----|----|---|---|-----|---|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|------|----------|----------|--|--|--|--|--|--|--|
|         |      |    | 1   | 2  | 3  | 4  | 5  | 6 | 7 | 8   | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15  | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22  | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |      |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
|         |      |    | *   |    |    |    |    |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |      |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
| (記載例-1) |      |    | ①   | ①  | ③  | ②  | ④  | ① | ④ |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |      |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
| (記載例-2) |      |    | ab  | ab | ab | cd | de | e | e |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |      |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
|         |      |    |     |    |    |    |    |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |      |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
|         |      |    |     |    |    |    |    |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |      |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
|         |      |    |     |    |    |    |    |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |      |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
|         |      |    |     |    |    |    |    |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |      |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
|         |      |    |     |    |    |    |    |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |      |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
|         |      |    |     |    |    |    |    |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |      |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
|         |      |    |     |    |    |    |    |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |      |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
|         |      |    |     |    |    |    |    |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |      |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
|         |      |    |     |    |    |    |    |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |      |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
|         |      |    |     |    |    |    |    |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |      |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
|         |      |    |     |    |    |    |    |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |      |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
|         |      |    |     |    |    |    |    |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |      |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
|         |      |    |     |    |    |    |    |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |      |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
|         |      |    |     |    |    |    |    |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |      |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
|         |      |    |     |    |    |    |    |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |      |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
|         |      |    |     |    |    |    |    |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |      |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
|         |      |    |     |    |    |    |    |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |      |          |          |  |  |  |  |  |  |  |

備考 1 \* 欄には、当該月の曜日を記入してください。  
 2 申請する事業に係る従業者全員(管理者を含む。)について、4週間分の勤務すべき時間数を記入してください。勤務時間後とあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し、その番号を記入してください。  
 (記載例1-勤務時間 ①8:30~17:00、②16:30~1:00、③0:30~9:00、④休日)  
 (記載例2-サービス提供時間 a 9:00~12:00、b 13:00~16:00、c 10:30~13:30、d 14:30~17:30、e 休日)  
 3 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B~Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。  
 勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務  
 4 常勤換算が必要な職種は、A~Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。  
 5 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。  
 6 各事業所・施設において使用している勤務割表等(既に事業を実施しているときは直近月の実績)により、職種、勤務形態、氏名及び当該業務の勤務時間が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。

(参考様式3)  
平面図

|           |  |
|-----------|--|
| 事業所・施設の名称 |  |
|-----------|--|



- 備考 1 必ずしも本様式によらず、各室の用途及び面積の分かるものであれば、既存の平面図等をもって提出書類として差し支えありません。
- 2 各室の用途及び面積を記載してください。
- 3 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

(参考様式4)

### 設備等一覧表

サービス種類(地域密着型通所介護)

事業所名・施設名( )

| 設備等の種類                  | 設備等の品名・設置か所・数量等 |
|-------------------------|-----------------|
| (例)消火設備その他非常災害に際して必要な設備 |                 |
|                         |                 |
|                         |                 |
|                         |                 |
|                         |                 |
|                         |                 |
|                         |                 |
|                         |                 |
|                         |                 |
|                         |                 |
|                         |                 |
|                         |                 |

備考

- 1 基準条例で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、付表及び平面図で確認できる項目以外の事項について記載してください。
- 2 必要に応じて欄を拡張し、記載してください。



(参考様式5)

### 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   |  |
| 申請するサービス種類 |  |

| 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    |
| 2         | 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順               |
| 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。

(参考様式6)

## 誓約書

年 月 日

大村市長 様

申請者 (名称)

\_\_\_\_\_  
(代表者の職名・氏名)

\_\_\_\_\_  
印

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: 地域密着型サービス事業所向け     |
|  | 別紙②: 居宅介護支援事業所向け        |
|  | 別紙③: 地域密着型介護予防サービス事業所向け |

(該当に○)

(別紙①:地域密着型サービス事業所向け)

介護保険法第78条の2第4項

- 一 申請者が市町村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員及び類似並びに人員が、第七十八条の四第一項の市町村の条例で定める基準若しくは同項の市町村の条例で定める員数又は同条第五項に規定する指定地域密着型サービスに従事する従業員に関する基準を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第七十八条の四第二項又は第五項に規定する指定地域密着型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地域密着型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 当該申請に係る事業所が当該市町村の区域の外にある場合であって、その所在地の市町村長（以下この条において「所在地市町村長」という。）の同意を得ていないとき。
- 四の二 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、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（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、第七十八条の十（第二号から第五号までを除く。）の規定により指定（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所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、指定地域密着型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地域密着型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地域密着型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（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、第七十八条の十（第二号から第五号までを除く。）の規定により指定（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所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、指定地域密着型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地域密着型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地域密着型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（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者と密接な関係を有する者を除く。）が、第七十八条の十（第二号から第五号までを除く。）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、指定地域密着型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地域密着型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地域密着型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、第七十八条の十（第二号から第五号までを除く。）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七十八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。）又は第七十八条の八の規定による指定の辞退をした者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出又は指定の辞退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 前号に規定する期間内に第七十八条の五第二項の規定による事業の廃止の届出又は第七十八条の八の規定による指定の辞退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。）の役員等若しく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又は当該指定の辞退に係る法人（当該指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。）の役員等若しくは当該指定の辞退に係る法人でない事業所（当該指定の辞退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、当該届出又は指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 八 申請者が、指定の申請前五年以内に住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。
- 九 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所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の二から第六号まで又は前三号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所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の二から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第八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（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所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の二から第六号まで又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。
- 十二 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所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の二から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。