

- 3 保険医療機関である病院及び診療所が行うものについては、法第71条第1項(第115条の10)において準用する場合を含む。)の規定により、指定があつたものとみなされるので、本申請の必要はないこと。
- 4 この申請に係るサービス以外のサービスを実施する場合には、当該サービス部分の料金の状況が分かるよう料金を添付すること。
- 5 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

居宅療養管理指導事業者の指定に係る記載事項

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導事業者の指定に係る記載事項

|      |  |
|------|--|
| フリガナ |  |
| 氏名   |  |

|      |  |
|------|--|
| フリガナ |  |
| 氏名   |  |
| 生年月日 |  |

- 1 申請者の定数、寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等(当該申請に係る事業所が法人以外の者の開設する病院、診療所又は薬局であるときを除く。)
- 2 病院若しくは診療所、薬局又は特別養護老人ホームの使用許可証等の写し
- 3 事業所の平面図(設備、備品概要を含む。)
- 4 運営規程
- 5 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要

- 1 申請者の定数、寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等(当該申請に係る事業所が法人以外の者の開設する病院、診療所又は薬局であるときを除く。)
- 2 病院、診療所又は薬局の使用許可証等の写し
- 3 事業所の平面図(設備、備品概要を含む。)
- 4 運営規程
- 5 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
- 6 法第70条第2項各号又は法第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面
- 7 役員の名等
- 8 その他必要と認められる書類

- 3 「主な指示事項」欄については、同欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えないこと。
- 4 保険医療機関である病院、診療所及び保険薬局が行うものについては、介護保険法第71条第1項の規定により、指定があつたものとみなされるので、本申請の必要はないこと。
- 5 この指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該サービス部分とそれ以外のサービスの料金の状況が分かる料金を添付すること。

- 3 保険医療機関である病院、診療所及び薬局が行うものについては、法第71条第1項(第115条の10)において準用する場合を含む。)の規定により、指定があつたものとみなされるので、本申請の必要はないこと。
- 4 「燃料衛生士等」には、保健師、看護師、准看護師を含むこと。
- 5 この申請に係るサービス以外のサービスを実施する場合には、当該サービス部分の料金の状況が分かるよう料金を添付すること。

回覧別紙六―一中

通所介護事業者の指定に係る記載事項

通所介護(療養通所介護)・介護予防通所介護事業者の指定に係る記載事項

|      |  |    |        |
|------|--|----|--------|
| フリガナ |  | 住所 | (郵便番号) |
| 氏名   |  |    |        |

|      |  |    |        |
|------|--|----|--------|
| フリガナ |  | 住所 | (郵便番号) |
| 氏名   |  |    |        |
| 生年月日 |  |    |        |

|       |    |   |   |
|-------|----|---|---|
| 実施単位数 | 単位 | 同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限                  | 人 |
| 実施単位数 | 単位 | 同時に通所介護(療養通所介護)・介護予防通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限 | 人 |

- 1 申請者の定数、寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等
- 2 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
- 3 事業所管理者の経歴
- 4 事業所の平面図(備品概要を含む。)
- 5 運営規程
- 6 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
- 7 この申請に係る費金の状況

- 1 申請者の定数、寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等
- 2 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
- 3 事業所管理者の経歴
- 4 事業所の平面図(設備、備品概要を含む。)
- 5 運営規程
- 6 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
- 7 この申請に係る費金の状況
- 8 この事業所の所在地以外の場所で、この申請に係る事業の一部を行うときの名前・所在地
- 9 法第70条第2項各号又は法第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面
- 10 役員の名等
- 11 その他必要と認められる書類

- 3 「主な指示事項」欄については、同欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えないこと。
- 4 検定試験委員については、生活相談員若しくは看護職員と兼務しない場合にのみ記載すること。
- 5 本事業所内で複数の単位を実施する場合には、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、別紙に記載し添付すること。
- 6 本事業所の所在地以外の場所において本事業の一部を実施する施設を有するときは、「別紙6-2」に必要事項を記載の上、添付すること。
- 7 この指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービスの料金の状況が分かる料金を添付すること。
- 8 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

- 3 本事業所内で複数の単位を実施する場合には、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、別紙6-1(別紙)に記載し添付すること。
- 4 本事業所の所在地以外の場所において本事業の一部を実施するときは、別紙6-2に必要事項を記載の上、添付すること。
- 5 この申請に係るサービス以外のサービスを実施する場合には、当該サービス部分の料金の状況が分かるよう料金を添付すること。
- 6 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

様式別紙六一 (別紙) 中

「通所介護事業者の指定に係る記載事項(2単位目以降)」

「通所介護(療養通所介護)・介護予防通所介護事業者の指定に係る記載事項(2単位目以降)」

同様式別紙六一 (別紙) に注として次のように加える。

- 注 1 ※の欄は、記入しないこと。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別の用紙に記載した書類を添付すること。
- 3 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

別記様式第一号別紙六一 中

「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の記載事項」

「通所介護(療養通所介護)・介護予防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の記載事項」

「同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限」

「同時に通所介護(療養通所介護)・介護予防通所介護事業の提供を受けることができる利用者の数の上限」

「一部事業施設の平面図」

「一部事業施設の平面図(設備、備品概要を含む。)」

「通所リハビリテーション事業者の指定に係る記載事項」

「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事業者の指定に係る記載事項」

|      |  |
|------|--|
| フリガナ |  |
| 氏名   |  |

|      |  |
|------|--|
| フリガナ |  |
| 氏名   |  |
| 生年月日 |  |

- 申請者の定義、寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等(当該申請に係る事業所が法人以外の者の開設する病院又は診療所であるときは除く。)
- 病院又は診療所の使用許可証等の写し
- 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表
- 事業所の平面図(備品概要を含む)
- 運営規程
- 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要

1 申請者の定義、寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等(当該申請に係る事業所が法人以外の者の開設する病院又は診療所であるときは除く。)

- 2 病院又は診療所の使用許可証等の写し
- 3 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表
- 4 従業員等関係等の配置
- 5 事業所の平面図(設備、備品概要を含む。)
- 6 運営規程
- 7 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
- 8 この申請に係る資産の状況
- 9 法第70条第2項各号又は法第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面
- 10 役員の名簿
- 11 その他必要と認められる書類

- 3 「主な提示事項」欄については、同欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えないこと。
- 4 複数の単位を実施する場合には、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業員数の職種・員数については、別紙に記載し添付すること。
- 5 この指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かる料金表を提出すること。

「介護老人保健施設が行うものについては、法第72条第1項(第115条の10)において準用する場合を含む。)の規定により、指定があったもののみとされるので、本申請の必要はないこと。

- 4 複数の単位を実施する場合には、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業員数の職種・員数については、別紙(別紙7)に記載し添付すること。
- 5 この申請に係るサービス以外のサービスを実施する場合には、当該サービス部分の料金の状況が分かる料金表を添付すること。

同様式別紙六一 (別紙) 中

「通所リハビリテーション事業者の指定に係る記載事項」

「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事業者の指定に係る記載事項」

「別紙七 (別紙) に注として次のように加える。」

- 注 1 ※の欄は、記入しないこと。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別の用紙に記載した書類を添付すること。
- 3 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

別記様式第一号別紙六一 中

「短期入所生活介護事業者の指定に係る記載事項(単独型の場合)」

「短期入所生活介護・介護予防短期生活介護事業者の指定に係る記載事項(単独型の場合)」

|                                  |  |        |  |
|----------------------------------|--|--------|--|
| フリガナ                             |  | (郵便番号) |  |
| 氏名                               |  | 住所     |  |
| 当該短期入所生活介護事業所で業務する他の職種(単独型の場合記入) |  |        |  |

|      |    |        |
|------|----|--------|
| フリガナ | 住所 | (郵便番号) |
| 氏名   |    |        |
| 生年月日 |    |        |

当該事業所で業務する他の職員(業務の場合記入)

- 申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等
- 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
- 事業所の管理者の経歴
- 事業所の平面図
- 事業所の居室別施設一覧表
- 事業所の設備等に係る一覧表
- 運営規程
- 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
- この申請に係る履歴の状況
- 協力医療機関との契約の内容

- 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
- 事業所の管理者の経歴
- 事業所の平面図
- 事業所の居室面積等一覧表
- 事業所の設備等に係る一覧表
- 運営規程
- 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
- この申請に係る履歴の状況
- 協力医療機関との契約の内容
- 法第10条第2項各号又は法第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面
- 役員の名簿
- その他必要と認められる書類

- 「主な指示事項(欄)については、同欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えないこと。
- この指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービスの料金の状況が分かる料金表を提出すること。
- 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。
- この申請に係るサービス以外のサービスを実施する場合には、当該サービス部分の料金の状況が分かる料金表を添付すること。
- 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

「 回遊介護センター」

「 短期入所生活介護事業者の指定に係る記載事項」

「 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業者の指定に係る記載事項」

|      |    |        |
|------|----|--------|
| フリガナ | 住所 | (郵便番号) |
| 氏名   |    |        |

当該短期入所生活介護事業者所で業務する他の職員(業務の場合記入)

|      |    |        |
|------|----|--------|
| フリガナ | 住所 | (郵便番号) |
| 氏名   |    |        |
| 生年月日 |    |        |

当該事業所で業務する他の職員(業務の場合記入)

- 申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等
- 特別養護老人ホームの使用許可証等の写し
- 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
- 事業所の管理者の経歴
- 事業所の平面図
- 事業所の居室別施設一覧表
- 事業所の設備等に係る一覧表
- 運営規程
- 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
- この申請に係る履歴の状況
- 協力医療機関との契約の内容

- 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- 特別養護老人ホームの使用許可証等の写し
- 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
- 事業所の管理者の経歴
- 事業所の平面図(本体施設を有するときは、当該施設の平面図も含む。)
- 事業所の居室面積等一覧表
- 事業所の設備等に係る一覧表
- 運営規程
- 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
- この申請に係る履歴の状況
- 法第10条第2項各号又は法第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面
- 役員の名簿
- その他必要と認められる書類

- 「主な指示事項(欄)については、同欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えないこと。
- 本様式は、特別養護老人ホームの空床を利用して実施する場合は特別養護老人ホームに併設して実施する場合には記載すること。
- 介護老人福祉施設に係る空床型については、○印の欄の記載を省略して差し支えないこと。
- 介護老人福祉施設に併設する空床型については、○印の欄の記載を省略して差し支えないこと。
- この申請に係るサービス以外のサービスを実施する場合には、当該サービス部分とそれ以外のサービスの料金の状況が分かる料金表を提出すること。
- 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。
- 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

「 回遊介護センター」

「 短期入所生活介護事業者の指定に係る記載事項」

「 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業者の指定に係る記載事項」

|      |    |        |
|------|----|--------|
| フリガナ | 住所 | (郵便番号) |
| 氏名   |    |        |

当該短期入所生活介護事業者所で業務する他の職員(業務の場合記入)

|      |    |        |
|------|----|--------|
| フリガナ | 住所 | (郵便番号) |
| 氏名   |    |        |
| 生年月日 |    |        |

当該事業所で業務する他の職員(業務の場合記入)

- 1 申請者の定数、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- 2 定数等の勤務体制及び勤務形態一覽表
- 3 事業所の管理者の経歴
- 4 事業所の平面図
- 5 事業所の施設別施設一覽表
- 6 事業所の設備等に係る一覽表
- 7 運営規程
- 8 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
- 9 この申請に係る定数の状況
- 10 協力医療機関との契約の内容

な

- 1 申請者の定数、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- 2 定数等の勤務体制及び勤務形態一覽表
- 3 事業所の管理者の経歴
- 4 事業所の平面図(本施設設を有するときは、当該施設の平面図も含む。)
- 5 事業所の居室設備等一覽表
- 6 事業所の設備等に係る一覽表
- 7 運営規程
- 8 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
- 9 この申請に係る定数の状況
- 10 協力医療機関との契約の内容
- 11 法第10条第2項各号又は法第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面
- 12 役員の名名等
- 13 その他必要と認められる書類

じ

- 3 「主な施設事項」欄については、同欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えないこと。
- 4 本様式は、本施設設が特別養護老人ホームA以外の場合であつて、本施設設と一体的に運営が行われる事業所であるときに使用すること。
- 5 この指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービスの料金の取扱いの分かる料金を提出すること。
- 6 用紙の大きさは、日本工業規格A列とする。
- 3 本様式は、本施設設が特別養護老人ホームA以外の場合であつて、本施設設と一体的に運営が行われる事業所であるときに使用すること。
- 4 この申請に係るサービス以外のサービスを実施する場合には、当該サービス部分の料金の取扱いの分かる料金を提出すること。
- 5 用紙の大きさは、日本工業規格A列とする。

改め、同様式別紙九中

短期入所療養介護事業者の指定に係る記載事項

短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業者の指定に係る記載事項

|                       |                       |                |           |                   |        |          |    |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-----------------------|----------------|-----------|-------------------|--------|----------|----|--|--|--|--|--|
| 事業所<br>種別             | ①介護老人保健施設             | (該当欄に○を記入)     |           |                   |        |          |    |  |  |  |  |  |
|                       | ②指定介護療養型医療施設          |                |           |                   |        |          |    |  |  |  |  |  |
| 事業所<br>種別             | ③療養型病床群を有する病院・診療所     |                |           |                   |        |          |    |  |  |  |  |  |
|                       | ④老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院    |                |           |                   |        |          |    |  |  |  |  |  |
|                       | ⑤介護力強化病院(施設基準省令附則第2条) |                |           |                   |        |          |    |  |  |  |  |  |
| ⑥基準適合診療所(施行規則附則第2条)   |                       |                |           |                   |        |          |    |  |  |  |  |  |
| 入院患者または利用者の定員         |                       | 人              |           |                   |        |          |    |  |  |  |  |  |
| 入院患者の数(上記④⑤⑥に該当の場合記入) |                       | 人              |           |                   |        |          |    |  |  |  |  |  |
| 管理<br>者<br>氏名         | フリガナ                  | 住所             |           | 電話番号              |        | )        |    |  |  |  |  |  |
| 従<br>業<br>者           | (④⑤⑥の場合記入)            | 担当医師           | 看護職員      | 介護職員              | 作業療法士  | 精神保健福祉士等 |    |  |  |  |  |  |
|                       | 常勤(人)                 | 専任             | 兼務        | 専任                | 兼務     | 専任       | 兼務 |  |  |  |  |  |
|                       | 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                |                |           |                   |        |          |    |  |  |  |  |  |
| 設<br>備                | (④⑤⑥の場合記入)            |                | ※基準上の必要数値 |                   | ※適合の可否 |          |    |  |  |  |  |  |
|                       | 老人性痴呆疾患療養病棟の用に供される床面積 | m <sup>2</sup> |           | m <sup>2</sup> 以上 |        |          |    |  |  |  |  |  |
|                       | 病室1病室の最大病床数           | 床              |           | 床以下               |        |          |    |  |  |  |  |  |
|                       | 病室1人あたり床面積            | m <sup>2</sup> |           | m <sup>2</sup> 以上 |        |          |    |  |  |  |  |  |
|                       | 廊下中廊下の幅               | m              |           | m以上               |        |          |    |  |  |  |  |  |
| 設<br>備                | 廊下中廊下の幅               | m              |           | m以上               |        |          |    |  |  |  |  |  |
|                       | 記下中廊下の幅               | m              |           | m以上               |        |          |    |  |  |  |  |  |
|                       | 生活機能回復訓練室面積           | m <sup>2</sup> |           | m <sup>2</sup> 以上 |        |          |    |  |  |  |  |  |
| 項目                    | デアルームと面会室の合計面積        | m <sup>2</sup> |           | m <sup>2</sup> 以上 |        |          |    |  |  |  |  |  |
| 建築物の構造概要              |                       |                |           |                   |        |          |    |  |  |  |  |  |

|               |  |      |                |       |                   |    |        |  |
|---------------|--|------|----------------|-------|-------------------|----|--------|--|
| 事業所<br>種別     | ①介護老人保健施設<br>②指定介護療養型医療施設<br>③療養型病床群を有する病院・診療所<br>④老人性認知症疾患療養病棟を有する病院<br>⑤基準適合診療所(施行規則別添第2条) |      | (該当欄に○を記入)     |       |                   |    |        |  |
| 入院患者または利用者の定員 | 人  | 人    | 人              | 人     | 人                 | 人  | 人      |  |
| フリガナ          | (郵便番号)   |      |                |       |                   |    |        |  |
| 氏名            | 住所   |      |                |       |                   |    |        |  |
| 生年月日          |  |      |                |       |                   |    |        |  |
| ④⑤の場合記入)      | 担当医師   | 看護職員 | 介護職員           | 作業療法士 | 精神保健福祉士等          | 専従 | 兼務     |  |
| 従業者(人)        | 専従   | 兼務   | 専従             | 兼務    | 専従                | 兼務 | 専従     |  |
| 常勤(人)         |  |      |                |       |                   |    |        |  |
| 非常勤(人)        |  |      |                |       |                   |    |        |  |
| 常勤(専従)の人数(人)  |  |      |                |       |                   |    |        |  |
| ※基準上の必要人数(人)  |  |      |                |       |                   |    |        |  |
| ※適合の可否        |  |      |                |       |                   |    |        |  |
| ④⑤の場合記入)      | 老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床面積   |      | m <sup>2</sup> |       | m <sup>2</sup> 以上 |    | ※適合の可否 |  |
| 設備            | 1病室の最大病床数  |      | 床              |       | 床以下               |    |        |  |
| 準室            | 入院患者1人あたり床面積   |      | m <sup>2</sup> |       | m <sup>2</sup> 以上 |    |        |  |
| 上の            | 廊下下の幅  |      | m              |       | m以上               |    |        |  |
| 載             | 下中廊下の幅   |      | m              |       | m以上               |    |        |  |
| 項目            | 生活機能回復訓練室面積  |      | m <sup>2</sup> |       | m <sup>2</sup> 以上 |    |        |  |
|               | 玄関～エレベーター間の合計面積  |      | m <sup>2</sup> |       | m <sup>2</sup> 以上 |    |        |  |
|               | 建物の構造概要  |      |                |       |                   |    |        |  |

- 申請者の定数、若州行各等及びその登記簿簿本又は条例等(当該申請に係る事業所が法人以外の者の開設施設する病院又は診療所であるときは除く。)
- 病院又は診療所の使用許可証等の写し
- 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
- 事業所の平面図
- 事業所の部屋別施設別一覧表
- 事業所の設備等に係る一覧表
- 運営規程
- 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要

- 申請者の定数、若州行各等及びその登記事項証明書又は条例等(当該申請に係る事業所が法人以外の者の開設する病院又は診療所であるときは除く。)
- 病院又は診療所の使用許可証等の写し
- 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
- 精神保健福祉士に準ずる者の経歴
- 事業所の平面図
- 事業所の設備等に係る一覧表
- 事業所の居室面積等一覧表
- 運営規程
- 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
- この申請に係る資質の状況
- 法第70条第2項各号又は法第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面
- 役員の名等
- その他必要と認められる書類

- 「主な指示事項」欄については、同欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えないこと。
- 「入院患者又は利用者の定員」欄は、短期入所療養型介護に係る病床数を記入すること。
- この指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かる料金表を提出すること。

- 介護老人保健施設、介護療養型医療施設が行われについては、法第72条第1項(第115条の10)において準用する場合を含む。)の規定により、指定があつたものとみなされるので、本申請の必要はないこと。
- 「入院患者又は利用者の定員」欄は、短期入所療養型介護又は介護予防短期入所療養介護に供する病床に係る員数を記入すること。
- この申請に係るサービス以外のサービスを実施する場合には、当該サービス部分の料金の状況が分かる料金表を添付すること。

回覧仮添付書「回覧仮添付書」

特定施設入居者生活介護の指定に係る記載事項

- 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指定に係る記載事項

|            |                            |         |        |   |   |   |
|------------|----------------------------|---------|--------|---|---|---|
| 施設区分       | 有料老人ホーム                    | 施設開設年月日 | 昭和・平成  | 年 | 月 | 日 |
| (該当施設に○)   | 軽費老人ホーム                    | 施設開設年月日 | 昭和・平成  | 年 | 月 | 日 |
| フリガナ       |                            | 施設開設年月日 | 昭和・平成  | 年 | 月 | 日 |
| 氏名         |                            | 住所      | (郵便番号) |   |   |   |
| 管理         | 当該特定施設入居者生活介護事業所(業務する場合記入) |         |        |   |   |   |
| 兼務する同一敷地内の | 事業所等名称                     |         |        |   |   |   |
| 他の事業所又は施設  | 兼務する職種及び勤務時間等              |         |        |   |   |   |
| (業務の場合記入)  |                            |         |        |   |   |   |

|            |                         |         |        |   |   |   |
|------------|-------------------------|---------|--------|---|---|---|
| 施設区分       | 有料老人ホーム                 | 施設開設年月日 | 昭和・平成  | 年 | 月 | 日 |
| (該当施設に○)   | 軽費老人ホーム                 | 施設開設年月日 | 昭和・平成  | 年 | 月 | 日 |
|            | 高齢者専用賃貸住宅               | 施設開設年月日 | 昭和・平成  | 年 | 月 | 日 |
|            | 介護老人ホーム                 | 施設開設年月日 | 昭和・平成  | 年 | 月 | 日 |
| 入居の要件      | 介護専用型                   |         |        |   |   |   |
| (該当部分に○)   | 介護専用型以外                 |         |        |   |   |   |
| サービス提供形態   | 一般型                     |         |        |   |   |   |
| (該当部分に○)   | 外部サービス利用型               |         |        |   |   |   |
| フリガナ       |                         | 住所      | (郵便番号) |   |   |   |
| 氏名         |                         |         |        |   |   |   |
| 生年月日       |                         |         |        |   |   |   |
| 管理         | 当該事業所で兼務する他の職種(業務の場合記入) |         |        |   |   |   |
| 兼務する同一敷地内の | 事業所等名称                  |         |        |   |   |   |
| 他の事業所又は施設  | 兼務する職種及び勤務時間等           |         |        |   |   |   |
| (業務の場合記入)  |                         |         |        |   |   |   |

「入所定員」

「耐火建築物・準耐火建築物の別」

「耐火建築物・準耐火建築物・その他の別」

- 申請者の定数、常時行為等及びその登記簿謄本又は条例等
- 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
- 事業所の管理者の経歴
- 事業所の平面図
- 事業所の施設別施設別一覧表
- 事業所の設備等に係る一覧表
- 運営規程
- 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
- この申請に係る資産の状況
- 協力医療機関との契約の内容
- 協力歯科医療機関がある場合は、当該機関との契約の内容

- 申請者の定数、常時行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
- 事業所の管理者の経歴
- 事業所の平面図
- 事業所の居室面積等一覧表
- 事業所の設備等に係る一覧表
- 運営規程
- 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
- この申請に係る資産の状況
- 協力医療機関との契約の内容
- 協力歯科医療機関がある場合は、当該機関との契約の内容
- 法第70条第2項各号又は法第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面
- 役員の名等
- 介護支援専門員の氏名及びその登録番号
- その他必要と認められる書類

- 「主な指示事項」欄については、同欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えないこと
- 協力歯科医療機関がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載すること
- この指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かる料金表を提出すること
- 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

「第11条 回覧紙別紙十一や回覧紙別紙十二」

「福祉用具貸与事業者の指定に係る記載事項」

「福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業者の指定に係る記載事項」

|      |    |      |
|------|----|------|
| フリガナ | 住所 | 郵便番号 |
| 氏名   |    |      |

当該福祉用具貸与事業所で業務する他の職種(業務の場合のみ記入)

|      |    |      |
|------|----|------|
| フリガナ | 住所 | 郵便番号 |
| 氏名   |    |      |
| 生年月日 |    |      |

当該事業所で業務する他の職種(業務の場合のみ記入)

|                  |  |                 |  |
|------------------|--|-----------------|--|
| じよそう子防用具<br>スロープ |  | 床ずれ子防用具<br>スロープ |  |
| 電気性老人検知感知器       |  | 認知症老人検知感知器      |  |

- 申請者の定数、常時行為等及びその登記簿謄本又は条例等
- 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
- 事業所の管理者の経歴
- 事業所の平面図(備品概要を含む)
- 運営規程
- 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
- この申請に係る資産の状況
- 福祉用具の保管及び納付の方法

- 申請者の定数、常時行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
- 事業所の管理者の経歴
- 事業所の平面図(設備、備品概要を含む)
- 運営規程
- 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
- この申請に係る資産の状況
- 福祉用具の保管及び納付の方法
- 法第70条第2項各号又は法第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面
- 役員の名等
- その他必要と認められる書類

- 「主な指示事項」欄については、同欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えないこと
- この指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービスの料金の状況が分かる料金表を提出すること
- 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

「別紙十一を同様式別紙十一とし、同様式別紙十一の次に次のように加える。」

別紙12

特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業者の指定に係る記載事項

※受付番号

|                                |                            |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
|--------------------------------|----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--|
| フリガナ                           |                            |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
| 名称                             | (郵便番号 _____ )              |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
| 所在地                            | 広島県 _____ 市 _____ 市        |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
| 連絡先                            | 電話番号                       |           |           |           | FAX番号     |           |           |           |           |           |  |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文    | 第 _____ 条                  | 第 _____ 条 | 第 _____ 条 | 第 _____ 条 | 第 _____ 条 | 第 _____ 条 | 第 _____ 条 | 第 _____ 条 | 第 _____ 条 | 第 _____ 条 |  |
| フリガナ                           |                            |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
| 氏名                             | 住所 (郵便番号 _____ )           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
| 生年月日                           |                            |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
| 管理者                            | 当該事業所で兼務する他の職種(兼務する場合のみ記入) |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合のみ記入) | 事業所等名称                     |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
|                                | 兼務する職種及び勤務時間等              |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
| 従業員                            | 専任相談員                      |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
| 常勤(人)                          | 専任                         |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
| 非常勤(人)                         | 兼務                         |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
| 常勤換算後の人数(人)                    |                            |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
| ※基準上の必要人数(人)                   |                            |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
| ※適合の可否                         |                            |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
| 営業日                            | 日                          | 月         | 火         | 水         | 木         | 金         | 土         | 祝         | その他年間の    |           |  |
|                                | 平日                         |           |           |           |           |           |           | 土曜        | 休日        |           |  |
| 営業時間                           | 備考                         |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
| 取扱いの種類                         | 腰掛便座                       |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
|                                | 簡易浴槽                       |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
|                                | その他                        |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
| 販売費用の額                         | 特殊尿器                       |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
|                                | 移動用リフトの吊り具の部分              |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
| 入浴補助用具                         |                            |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
| その他の費用                         |                            |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
| 通常の事業実施地域                      | ①                          | ②         | ③         | ④         | ⑤         |           |           |           |           |           |  |
|                                | 備考                         |           |           |           |           |           |           |           |           |           |  |

添付書類

- 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表
- 事業所の管理者の経歴
- 事業所の平面図(設備、備品概要を含む。)
- 運営規程
- 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
- この申請に係る資産の状況
- 法第70条第2項各号又は法第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面
- 役員の名簿
- その他必要と認められる書類
- ※印の欄は、記入しないこと。
- 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の用紙に記載した書類を添付すること。
- この申請に係るサービス以外のサービスを実施する場合には、当該サービス部分の料金の請求が分かるような料金表を添付すること。
- 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

別記様式第一号別紙十三中

|      |  |
|------|--|
| フリガナ |  |
| 氏名   |  |

|      |  |
|------|--|
| フリガナ |  |
| 氏名   |  |
| 生年月日 |  |

- 申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等
- 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
- 事業所の管理者の経歴
- 事業所の平面図
- 運営規程
- 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
- この申請に係る施設の状況
- 関係市町村及び他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容

- 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
- 事業所の管理者の経歴
- 事業所の平面図(設備、備品概要を含む。)
- 運営規程
- 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
- この申請に係る施設の状況
- 関係市町村及び他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容
- 法第79条第2項各号に該当しないことを誓約する書面
- 役員の名等を
- その他必要と認められる書類

- 「主たる表示事項」欄については、同欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えないこと
- 用紙の大きさは、日本工業規格A列とする。
- 用紙の大きさは、日本工業規格A列とする。

|      |  |           |  |        |
|------|--|-----------|--|--------|
| フリガナ |  | 住所        |  | (郵便番号) |
| 氏名   |  | 事業所等名称    |  |        |
|      |  | 業務する職種    |  |        |
|      |  | 業務する職種    |  |        |
|      |  | 業務する職種    |  |        |
| 入所者数 |  | 人(推定数を記入) |  |        |

|             |  |           |   |        |
|-------------|--|-----------|---|--------|
| フリガナ        |  | 住所        |   | (郵便番号) |
| 氏名          |  | 事業所等名称    |   |        |
| 生年月日        |  | 業務する職種    |   |        |
|             |  | 業務する職種    |   |        |
|             |  | 業務する職種    |   |        |
| 短期入所生活介護の有無 |  | 有         | 無 |        |
| 入所者数        |  | 人(推定数を記入) |   |        |

- 申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等
- 特別養護老人ホームの使用許可証等の写し
- 併設する施設の概要
- 運営規程
- 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要

- 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- 特別養護老人ホームの認可証等の写し
- 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
- 施設の管理者の経歴
- 事業所の平面図(設備、備品概要を含む。)
- 事業所の居室面積等一覧表
- 併設する施設の概要
- 施設の共用の場合の利用計画
- 敷地の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図(公図)
- 運営規程
- 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
- 協力医療機関との契約の内容
- 法第86条第2項各号に該当しないことを誓約する書面
- 役員の名等
- 介護支援専門員の氏名及びその登録番号
- その他必要と認められる書類

- 用紙の大きさは、日本工業規格A列とする。

- 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添に記載した書類を添付すること。
- 短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態(空床型・併設型の別)については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方に○を付すこと。
- この申請に係るサービス以外のサービスを実施する場合には、当該サービス部分の料金の状況が分かるような料金表を添付すること。
- 用紙の大きさは、日本工業規格A列とする。

別記様式第十五号を次のように定める。



別紙15-1(その1)

介護療養型医療施設の指定に係る記載事項(病院による場合)

※受付番号

|  |          |                   |          |             |  |  |  |  |
|--|----------|-------------------|----------|-------------|--|--|--|--|
| フリガナ   |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| 病 名 称  | (郵便番号)   |                   |          |             |  |  |  |  |
| 院 所 在 地  | 広島県      | 市                 |          |             |  |  |  |  |
| 連絡先  | 電話番号     | FAX番号             |          |             |  |  |  |  |
| 病院の開院年月日   | (郵便番号)   |                   |          |             |  |  |  |  |
| フリガナ   |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| 氏 名  |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| 生年月日   |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| 管理者  | 住所       |                   |          |             |  |  |  |  |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との業務  | 名称       |                   |          |             |  |  |  |  |
| 兼務する職種   | 業務する職種   |                   |          |             |  |  |  |  |
| 病院全体の状況  | 業務する職種   |                   |          |             |  |  |  |  |
| ① 療養型病床群を有する病床   | 病院全体の病床数 | 左のうち申請する病床を有する病床数 | 病院全体の病床数 | 左のうち申請する病床数 |  |  |  |  |
| ② 老人性認知症疾患療養病床   | 棟        | 棟                 | 棟        | 棟           |  |  |  |  |
| その他の病床   | 棟        | 棟                 | 棟        | 棟           |  |  |  |  |
| 合 計  | 棟        | 棟                 | 棟        | 棟           |  |  |  |  |
| (注)「(病棟)」とは、看護単位のことであり、1病棟の病床数の上限は50床  |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| (注)以下の区分及び(その2)は、同種で複数の病床で申請する場合(上記の○印の欄に2棟以上の病床数が記載される場合)は、病床ごと別々の用紙に記載して下さい。(その場合の用紙はコピーしてください。) |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| 申請する病床を有する病床ごとの内訳  |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| ① 療養型病床群を有する病床   |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| ② 老人性認知症疾患療養病床   |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| 当該病床(全体としての従業者の職種・員数)  |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| 看護職員   |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| 介護職員   |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| 医士・作業療法士   |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| 介護士・看護士  |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| その他  |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| (注) 病床全体でなく、病棟の一部の病床を介護保険適用病床として申請する場合は、左の従業者の職種・員数欄には、医療保険適用部分を含む当該病棟(看護単位と同じ)全体の記載すること。          |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| 当該病棟(全体としての従業者の職種・員数)② 老人性認知症疾患療養病床  |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| 看護職員   |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| 介護職員   |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| 作業療法士  |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| 精神保健福祉士等   |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| 介護士・看護士  |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| その他  |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| ※適合の可否   |          |                   |          |             |  |  |  |  |
| ※適用の可否   |          |                   |          |             |  |  |  |  |

- 1 ※印の欄は記入しないこと。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別の用紙に記載した書類を添付すること。
- 3 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

別紙15-1(その2)

介護療養型医療施設の指定に係る記載事項(病院による場合)

※受付番号

|                          |                          |                   |
|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| 当該病棟(全体としての)設備基準上の数値記載項目 | ※基準上の必要数値                | ※適合の可否            |
| ① 療養型病床群を有する病床           | 床                        | 床以下               |
| 完全型                      | 入院患者1人あたり最小床面積           | m <sup>2</sup> 以上 |
| 完全型                      | 機能訓練室の面積                 | m <sup>2</sup> 以上 |
| 廊下                       | 廊下(中廊下の幅)                | m以上               |
| 居室面積                     | 居室(入院患者1人あたり最小床面積)       | m <sup>2</sup> 以上 |
| 病1室の最大病床数                | 病1室の最大病床数                | m <sup>2</sup> 以上 |
| 転換機                      | 転換機(廊下の面積)               | m <sup>2</sup> 以上 |
| 下                        | 下(中廊下の幅)                 | m以上               |
| 食堂面積                     | 食堂面積                     | m <sup>2</sup> 以上 |
| 病1室の最大病床数                | 病1室の最大病床数                | 床以下               |
| 室                        | 入院患者1人あたり最小床面積           | m <sup>2</sup> 以上 |
| 当該病床の用に供される部分の床面積        | 当該病床の用に供される部分の床面積        | m <sup>2</sup> 以上 |
| 廊下                       | 廊下(中廊下の幅)                | m以上               |
| 下                        | 下(中廊下の幅)                 | m以上               |
| 生活機能回復訓練室の面積             | 生活機能回復訓練室の面積             | m <sup>2</sup> 以上 |
| ダイヤル・ム及び面会室の合計面積         | ダイヤル・ム及び面会室の合計面積         | m <sup>2</sup> 以上 |
| 食室面積(ダイヤル・ムを使用する場合はその面積) | 食室面積(ダイヤル・ムを使用する場合はその面積) | m <sup>2</sup> 以上 |
| 病1室の最大病床数                | 病1室の最大病床数                | 床以下               |
| 室                        | 入院患者1人あたり最小床面積           | m <sup>2</sup> 以上 |
| 当該病床の用に供される部分の床面積        | 当該病床の用に供される部分の床面積        | m <sup>2</sup> 以上 |
| 廊下                       | 廊下(中廊下の幅)                | m以上               |
| 下                        | 下(中廊下の幅)                 | m以上               |
| 生活機能回復訓練室の面積             | 生活機能回復訓練室の面積             | m <sup>2</sup> 以上 |
| ダイヤル・ム及び面会室の合計面積         | ダイヤル・ム及び面会室の合計面積         | m <sup>2</sup> 以上 |
| 食室面積(ダイヤル・ムを使用する場合はその面積) | 食室面積(ダイヤル・ムを使用する場合はその面積) | m <sup>2</sup> 以上 |

主な掲示事項

入院患者の定員

利用料

① 療養型病床群を有する病床

② 老人性認知症疾患療養病床

その他の費用

- 1 申請者の定数、寄附行為等及びその登記事項証明書又は本例等が当該申請に係る事業所が法人以外の者の開設する病院又は診療所であることを除く、)
- 2 病院の使用許可証等の写し
- 3 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
- 4 精神保健福祉士に準ずる者の経歴
- 5 事業所の居室面積等一覧表
- 6 事業所の居室面積等一覧表
- 7 併設する施設の概要
- 8 運営規程
- 9 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
- 10 法第107条第3項各号に該当しないことを誓約する書面
- 11 役員の名簿
- 12 介護支援専門員の氏名及びその登録番号
- 13 その他必要と認められる書類
- 14 ※印の欄は、記入しないこと。

- 1 記入欄が不足する場合は、欄を設けて記載するか又は別の用紙に記載した書類を添付すること。
- 2 同種で複数の病床で申請を行う場合は、病床ごとの内訳、従業者の職種・員数、設備基準上の数値記載項目及び主な掲示事項については、病床ごとに記載すること。
- 3 同一の病棟(看護単位と同じ)に療養型病床群の病床と急性期の病床が混在している場合は、この申請書の記載に当たっては、それぞれ別々の病床であることとして記載すること。
- 4 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

別記様式第一号別紙十五—二中

|      |  |
|------|--|
| フリガナ |  |
| 氏名   |  |

|      |  |
|------|--|
| フリガナ |  |
| 氏名   |  |
| 生年月日 |  |

- 申請者の定数、寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等
- 診療所の使用許可証等の写し
- 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
- 事業所の平面図
- 事業所の部屋別施設別一覧表
- 事業所の設備等に係る一覧表
- 併設する施設の概要
- 運営規程
- 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
- 介護力強化策の事業環境整備計画

- 申請者の定数、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等当該申請に係る事業所が法人以外  
の者の開設する病院又は診療所であることを除く。）
- 診療所の使用許可証等の写し
- 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
- 精神保健福祉士に準ずる者の経歴
- 事業所の平面図
- 事業所の居室面積等一覧表
- 事業所の設備等に係る一覧表
- 併設する施設の概要
- 運営規程
- 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要
- 法第107条第3項各号に該当しないことを要約する書面
- 役員の名簿
- 介護支援専門員の氏名及びその登録番号
- その他必要と認められる書類

- 「主な指示事項」欄については、同欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えないこと。
- 同欄で複数の病棟で申請を行う場合は、病棟ごとの内訳、従業者の職種・員数、設備基準上の数値記載項目及び  
主な指示事項については、病棟ごとに記載すること。
- 同一の病棟(看護単位と同じ)に療養型病床群の病床と急性期の病床が混在している場合は、この申請書の記  
載に当たっては、それぞれ別々の病棟であるかみなして記載すること。
- 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、  
その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載すること。
- 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

る。

別記様式第十一号

|                      |
|----------------------|
| 1 療養型病床群を有する病院       |
| 2 療養型病床群を有する診療所      |
| 3 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院 |
| 4 介護力強化病棟            |

|                      |
|----------------------|
| 1 療養型病床群を有する病院       |
| 2 療養型病床群を有する診療所      |
| 3 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院 |

に改め、同様式を別記様式第十三号とする。

別紙様式第十号を別記様式第十二号とし、別記様式第九号を別記様式第十一号とする。

別記様式第八号中

|               |  |
|---------------|--|
| 管理者として適格である理由 |  |
|---------------|--|

|               |  |
|---------------|--|
| 管理者として適格である理由 |  |
| 就任予定年月日       |  |

同様式を別記様式第十号とし、同様式の前に次の一様式を加える。