函館市老人福祉法施行細則に規定する様式を定める要綱

（趣旨）

第１条　この要綱は，函館市老人福祉法施行細則（平成８年函館市規則第２６号。以下「細則」という。）の規定のうち，市長が別に定める様式を定めるものとする。

（様式）

第２条　市長が別に定める様式については，次の各号に定めるところによる。

(1) 細則第２条第２項　別記第１号様式

(2) 細則第２条第４項

ア　養護老人ホームの長への通知の場合　別記第１号様式

イ　入所を希望する者またはその養護者等への通知の場合　別記第２号様式

(3) 細則第２条第５項

ア　当該者またはその養護者等への通知の場合　別記第３号様式

イ　養護老人ホームの長への通知の場合　別記第４号様式

(4) 細則第２条第６項

ア　措置を決定した場合　別記第２号様式

イ　措置を解除した場合　別記第３号様式

(5) 細則第５条第１項　別記第５号様式

(6) 細則第１０条　別記第６号様式

(7) 細則第１１条　別記第７号様式

(8) 細則第１２条　別記第８号様式

(9) 細則第１３条　別記第９号様式

(10) 細則第１４条

ア　養護老人ホームの場合　別記第１０号様式

イ　特別養護老人ホームの場合　別記第１１号様式

(11) 細則第１６条　別記第１２号様式

(12) 細則第１７条　別記第１２号様式

(13) 細則第１８条　別記第１３号様式

(14) 細則第１９条　別記第１３号様式

(15) 細則第２１条　別記第１０号様式および別記第１４号様式

(16) 細則第２２条　別記第１２号様式

(17) 細則第２３条　別記第１３号様式

附　則

この要綱は，令和８年４月１日から施行する。

別記第１号様式

函館市長

入所依頼（委託）書

老人福祉法第１１条第１項第１号の規定により，次の者について，貴施設に

□　入所を委託したいので，受託の可否について御回答ください。

□　入所の委託をすることと決定したので通知します。

記

氏　　　　　名	
居　　住　　地	
生　年　月　日	
入所開始(予定)年月日	
備　　　　　考	

別記第２号様式

函館市長

入所措置決定通知書

老人福祉法第１１条第１項第１号の規定による措置を次のとおり決定したので通知します。

記

施設の所在地および名称	
措置開始年月日	
備考	

別記第３号様式

函館市長

入所措置解除決定通知書

次のとおり入所の措置を解除することに決定したので通知します。

記

施 設 の 所 在 地 お よ び 名 称	
解 除 年 月 日	
解 除 理 由	
備 考	

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。　また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内に、函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取り消しの訴えを提起することができます（処分 があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内であっても、処分の日から１年を経過する と処分の取り消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分があったことを 知った日の翌日から起算して３か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その 審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内に提起することがで きます。

別記第４号様式

函館市長

入所委託措置解除決定通知書

次のとおり貴施設への入所の委託の措置を解除することに決定したので通知します。

記

入　所　者　氏　名	氏　　名	
	生 年 月 日	
解　除　年　月　日		
解　除　理　由		
備　　　考		

別記第５号様式

函館市長

葬祭依頼書

次のとおり老人福祉法第１１条第２項の規定による葬祭の実施を依頼したいので，受託の可否について御回答ください。

記

氏　　　　名		生　年　月　日	
死亡年月日		葬　　祭　　費	円
備　　　　考			

別記第６号様式

様式第一号（一）

老人居宅生活支援事業
事業開始の届出書

年　　月　　日

函館市長　殿

所在地
届出者　名称
代表者職名・氏名

老人福祉法に規定する事業所に係る事業開始の旨を下記のとおり、関係書類を添えて届け出ます。

法人番号	

経営者・法人	フリガナ					
	氏名（名称）					
	住所（主たる事業所の所在地）	（郵便番号　－　） 都 道　府 県　　市 区　町 村				
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号		
		Email				
	法人等の種類					
法人の吸収合併又は吸収分割における届出時に☑					☐	
届出を行う事業の種類及び内容	事業等の種類				届出対象事業等（該当事業に〇）	事業等の開始予定年月日
	老人居宅介護等事業					
	老人デイサービス事業					
	老人短期入所事業					
	小規模多機能型居宅介護事業					
	認知症対応型老人共同生活援助事業					
	複合型サービス福祉事業					
事業所	介護保険事業所番号		（既に介護保険法上の指定を受けている場合）			
	フリガナ					
	名　称					
	所在地	（郵便番号　－　） 都 道　府 県　　市 区　町 村				
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号		
		Email				
	事業を行おうとする区域					
	主な職員 フリガナ					
	主な職員 氏　名					
	入所／入居／登録定員	人				

〇職員の定数及び職務の内容

職種	職務内容	定数
		人
		人
		人
		人
添付書類	別添のとおり	

別記第７号様式

様式第一号（五）

老人居宅生活支援事業

変更届出書

年　　月　　日

所在地

函館市長　殿

申請者　　名称

代表者職名・氏名

老人福祉法上に規定する事業所について、次のとおり内容を変更しましたので届け出ます。

介護保険事業所番号	
法人番号	

変更内容	変更年月日		年　　月　　日
	変更があった事項（該当に○）		変更の内容
		事業の種類及び内容	（変更前）
		経営者の氏名（法人であるときは、その名称）	
		経営者の住所（法人であるときは、主たる事務所の所在地）	
		主な職員の氏名	
		事業を行おうとする区域	
		事業所の名称	（変更後）
		事業所の種類	
		事業所の所在地	
		事業所の入所定員、登録定員又は入居定員	
		その他	
備考　「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。			

経営者・法人	フリガナ				
	氏名（名称）				
	住所（主たる事務所の所在地）	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			
	法人等の種類				
法人の吸収合併又は吸収分割における届出時に☑				☐	
事業所	フリガナ				
	名　称				
	事業の種類	☐ 老人居宅介護等事業　☐ 老人デイサービス事業　☐ 老人短期入所事業 ☐ 小規模多機能型居宅介護事業　☐ 認知症対応型老人共同生活援助事業　☐ 複合型サービス福祉事業			
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			
	事業を行おうとする区域				
	主な職員　フリガナ				
	主な職員　氏　名				
	入所／入居／登録定員		人	※老人居宅介護等事業の場合は記入不要	
添付書類	別添のとおり				

別記第８号様式

様式第一号（七）

老人居宅生活支援事業

廃止・休止届出書

年　　月　　日

函館市長　殿

所在地

申請者　名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を廃止（休止）するので届け出ます。

介護保険事業所番号	
法人番号	

廃止・休止する事業所	名称 所在地
サービスの種類	
廃止・休止の別	□廃止　　□休止
廃止・休止する年月日	年　　月　　日
廃止・休止する理由	
現に便宜を受け又は入所している者に対する措置	
休止予定期間	休止日　～　　年　　月　　日

備考　廃止又は休止する日の１月前までに届け出てください。

別記第９号様式

様式第一号（二）

老人福祉施設
設置の届出書

年　　月　　日

函館市長　殿

所在地
届出者　名称
代表者職名・氏名

老人福祉法に規定する施設設置の旨を下記のとおり、関係書類を添えて届け出ます。

				法人番号	
経営者・法人	フリガナ				
	氏名（名称）				
	住所（主たる事業所の所在地）	（郵便番号　－　） 都道　府県　市区　町村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			
	法人等の種類				
法人の吸収合併又は吸収分割における届出時に☑				☐	

届出を行う施設の種類及び内容	施設の種類	届出対象施設（該当事業に○）	事業開始の予定年月日	様　式
	老人デイサービスセンター			
	老人短期入所施設			
	老人介護支援センター			
	養護老人ホーム			付表第一号（一）
	特別養護老人ホーム			付表第一号（二）
	有料老人ホーム			付表第一号（三）

施設	介護保険事業所番号		（既に介護保険法上の指定を受けている場合）		
	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　－　） 都道　府県　市区　町村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			
	事業を行おうとする区域				
	入所／入居定員	人			
	居室数　※有料老人ホームの場合のみ	室			
施設長／管理者	フリガナ		住所 ※有料老人ホームの場合のみ	（郵便番号　ー　）	
	氏　名				

○職員の定数及び職務の内容　※有料老人ホームの場合には記入不要

職種	職務内容	定数
		人
		人
		人
		人

添付書類	別添のとおり

別記第１０号様式

様式第一号（三）

老人福祉施設　養護老人ホーム
設置認可の申請書

年　　月　　日

函館市長　殿

所在地
届出者　名称
代表者職名・氏名

老人福祉法に規定する養護老人ホームについて認可を受けたいので、
下記のとおり関係書類を添えて申請します。

				法人番号	
経営者・法人	フリガナ				
	氏名（名称）				
	住所（主たる事業所の所在地）	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			
	法人等の種類				
法人の吸収合併又は吸収分割における届出時に☑					☐

施設	介護保険事業所番号		（既に介護保険法上の指定を受けている場合）
	フリガナ		
	名　称		
	入所定員	人	
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村	
	連絡先	電話番号　（内線）　FAX番号	
		Email	
	事業開始の予定年月日		
	施設長　フリガナ		
	施設長　氏　名		
	主な職員　フリガナ		
	主な職員　氏　名		

○職員の定数及び職務の内容

職種	職務内容	定数
		人
		人
		人
		人

入所者数	人（推定数を記入）

○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	施設長		医師		生活相談員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）						
非常勤（人）	／	／				
常勤換算後の人数（人）	／					

従業者の職種・員数	支援員		看護職員		栄養士	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）						
非常勤（人）						
常勤換算後の人数（人）						

○設備に関する基準の確認に必要な事項

1室あたりの最大定員	人
利用者1人あたりの最小床面積	㎡
片廊下の幅	m
中廊下の幅	m
建物の構造	☐耐火建築物　☐準耐火建築物　☐その他
添付書類	別添のとおり

別記第１１号様式

様式第一号(四)

老人福祉施設 特別養護老人ホーム
設置認可の申請書

年　月　日

函館市長 殿

所在地
届出者 名称
代表者職名・氏名

老人福祉法に規定する特別養護老人ホームについて認可を受けたいので、
下記のとおり関係書類を添えて申請します。

			法人番号	
経営者・法人	フリガナ			
	氏名(名称)			
	住所(主たる事業所の所在地)	(郵便番号　－　) 都道府県　市区町村		
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号
		Email		
	法人等の種類			
法人の吸収合併又は吸収分割における届出時に☑				

届出を行う事業の種類及び内容	事業等の種類	届出対象事業等(該当事業に○)	事業等の開始予定年月日
	老人居宅介護等事業		
	老人デイサービス事業		
	老人短期入所事業		
	小規模多機能型居宅介護事業		
	認知症対応型老人共同生活援助事業		
	複合型サービス福祉事業		

施設	介護保険事業所番号		(既に介護保険法上の指定を受けている場合)		
	フリガナ				
	名　称				
	所在地	(郵便番号　－　) 都道府県　市区町村			
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号	
		Email			
	事業開始の予定年月日				
	施設長	フリガナ			
		氏　名			
	主な職員	フリガナ			
		氏　名			
	協力医療機関	名称		主な診療科名	
		名称		主な診療科名	
		名称		主な診療科名	
		名称		主な診療科名	
	介護形式(いずれか一方を選択)	□従来型 □地域密着型	□ユニット型 □ユニット型地域密着型		
	入所定員	人			

○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		施設長		医師		生活相談員		介護職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従事人数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									

		看護職員		栄養士		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従事人数	常勤(人)						
	非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)							
入所者数		人(推定数を記入)					

○設備に関する基準の確認に必要な事項

居室	1室あたりの最大定員	人
	入所者1人あたりの最小床面積	㎡
	直接外気に面して解放できる面積	㎡
静養室	入所者1人あたりの最小床面積	㎡
	直接外気に面して解放できる面積	㎡
食堂と機能訓練室の合計面積		㎡
廊下	片廊下の幅	m
	中廊下の幅	m
建物の構造		□耐火建築物　□準耐火建築物　□その他
添付書類		別添のとおり

別記第１２号様式

様式第一号（六）

老人福祉施設

変更届出書

年　　月　　日

函館市長　殿

所在地

申請者　　名称

代表者職名・氏名

老人福祉法上に規定する施設について、次のとおり内容を変更しましたので届け出ます。

介護保険事業所番号	
法人番号	

変更内容	変更年月日		年　　月　　日
	変更があった事項（該当に〇）		変更の内容
		施設の名称、種類	（変更前）
		施設の所在地	
		設置者の氏名（法人であるときは、その名称）	
		設置者の住所（法人であるときは、主たる事務所の所在地）	
		建物の規模及び構造並びに設備の概要	
		施設の施設長／管理者の氏名	
		施設の施設長／管理者の住所	
		事業を行おうとする区域	
		入所定員、入居定員	
		居室数	
		施設の運営の方針	
		登記事項証明書・条例等 （当該事業に関するものに限る。）	（変更後）
		施設において供与をされる介護等の内容	
		建築基準法第六条第一項の確認を受けたことを証する書類	
		設置届時の直近の事業年度の決算書	
		職員の配置の計画	
		一時金、利用料その他の入居者の費用負担の額	
		保全措置を講じたことを証する書類	
		一時金の返還に関する契約の内容	
		長期の収支計画	
		重要事項説明書	
		その他	
備考	「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。		

経営者・法人	フリガナ				
	氏名（名称）				
	住所（主たる事業所の所在地）	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			
	法人等の種類				
法人の吸収合併又は吸収分割における届出時に☑					□

	フリガナ				
	名　称				
	施設の種類	□ 老人デイサービスセンター　□ 老人短期入所施設　□ 老人介護支援センター □ 養護老人ホーム　□ 特別養護老人ホーム　□ 有料老人ホーム			
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			
	事業を行おうとする区域				
	入所／入居定員	人			
	居室数 ※有料老人ホームの場合のみ	室			
施設長／管理者	フリガナ		住所 ※有料老人ホームの場合のみ	（郵便番号　　ー　　）	
	氏　名				
添付書類		別添のとおり			

別記第１３号様式

様式第一号（八）

老人福祉法に規定する老人福祉施設
廃止・休止・入所定員の減少・増加届出（認可申請）書

年　月　日

函館市長　殿

所在地

申請者　名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業の廃止・休止又は入所定員の減少・増加を届け出ます。

介護保険事業所番号	
法人番号	

廃止・休止又は入所定員の減少・増加をする事業所	名称	
	所在地	
サービスの種類		
廃止・休止・入所定員の減少・増加の別	□ 廃止　□ 入所定員の減少 □ 休止　□ 入所定員の増加	
廃止・休止又は入所定員の減少・増加をする年月日	年　月　日	
廃止・休止又は入所定員の減少・増加をする理由		
現に便宜若しくは援助を受け又は入所している者に対する措置（廃止・休止又は入所定員の減少をする場合）		
減少・増加後の入所定員		
休止予定期間	休止日　～　年　月　日	

備考　廃止・休止又は入所定員の減少・増加の日の１月前までに届け出てください。
入所定員の減少・増加は、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームのみが対象となります。

別記第１４号様式

付表第一号（三）　有料老人ホームの設置の届出に係る記載事項

<table>
<tr><td rowspan="7">施設</td><td>法人番号</td><td colspan="11"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="11"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="11"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="11">（郵便番号　　　　－　　　　）
都　道　　　　　　市　区
府　県　　　　　　町　村</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先</td><td>電話番号</td><td colspan="4">（内線）</td><td colspan="2">FAX番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>Email</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td colspan="3">介護サービスの提供有無</td><td colspan="10">□ 有　　□ 無</td></tr>
<tr><td colspan="13">○人員に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">従業者の職種・員数</td><td colspan="2">管理者</td><td colspan="2">生活相談員</td><td colspan="2">栄養士</td><td colspan="2">調理員</td><td colspan="2">介護職員</td></tr>
<tr><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td colspan="2">常　勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">非常勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">常勤換算後の人数（人）</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2"></td><td colspan="2">看護職員</td><td colspan="2">機能訓練指導員</td><td colspan="6" rowspan="5"></td></tr>
<tr><td>専従</td><td>兼務</td><td>専従</td><td>兼務</td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td colspan="2">常　勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">非常勤（人）</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">常勤換算後の人数（人）</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="13">○設備に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td>居室</td><td colspan="2">利用者１人あたりの最小床面積</td><td colspan="4">㎡</td><td colspan="6" rowspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">廊下</td><td colspan="2">片廊下の幅</td><td colspan="4">m</td></tr>
<tr><td colspan="2">中廊下の幅</td><td colspan="4">m</td></tr>
<tr><td colspan="3">建物の構造</td><td colspan="10">□ 耐火建築物　　□ 準耐火建築物　　□ その他</td></tr>
<tr><td colspan="3">添付書類</td><td colspan="10">別添のとおり</td></tr>
</table>