

鹿 児 島 県 公 報

令和 8 年 3 月 31 日 (火) 第 706 号 の 2



鹿 児 島 県

発 行 鹿 児 島 県
〒890-8577 鹿 児 島 市 鴨 池 新 町 10 番 1 号
編 集 総 務 部 学 事 法 制 課
定 例 発 行 日 (毎 週 火 , 金)

目 次

(※については例規集掲載事項)

ページ

規

則

○老人福祉法施行細則の一部を改正する規則 (※)

(高齢者生き生き推進課取扱い) 1

規 則

老人福祉法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和 8 年 3 月 31 日

鹿 児 島 県 知 事 塩 田 康 一

鹿 児 島 県 規 則 第 30 号

老人福祉法施行細則の一部を改正する規則

老人福祉法施行細則 (平成 5 年鹿 児 島 県 規 則 第 37 号) の 一 部 を 次 の よう に 改 正 す る。

第 5 条 の 表 を 次 の よう に 改 め る。

区 分	書 式 名 (様 式)
1 法第14条の規定による届出	老人居宅生活支援事業 事業開始の届出書 (別記第1号様式)
2 法第14条の2又は第15条の2第1項の規定による届出	老人居宅生活支援事業 変更届出書 (別記第2号様式)
3 法第14条の3又は第16条第1項の規定による届出	老人居宅生活支援事業 廃止・休止届出書 (別記第3号様式)
4 法第15条第2項若しくは第3項又は第29条第1項の規定による届出	老人福祉施設 設置の届出書 (別記第4号様式)
5 法第15条第4項の規定による養護老人ホームの設置の認可の申請	老人福祉施設 養護老人ホーム 設置認可の申請書 (別記第5号様式)
6 法第15条第4項の規定による特別養護老人ホームの設置の認可の申請	老人福祉施設 特別養護老人ホーム 設置認可の申請書 (別記第6号様式)
7 法第15条の2第2項又は第29条第2項の規定による届出	老人福祉施設 変更届出書 (別記第7号様式)
8 法第16条第2項若しくは第29条第3項の規定による届出又は第16条第3項の規定による認可の申請	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 (別記第8号様式)
9 第2条の規定による届出	養護老人ホーム等事業開始届 (別記第9号様式)
10 第3条の規定による報告	措置結果報告書 (別記第10号様式)

別記第1号様式から別記第8号様式までを次のように改める。

別記

第 1 号 様 式 (第 5 条 関 係)

老人 居 宅 生 活 支 援 事 業 事 業 開 始 の 届 出 書

年 月 日

鹿 児 島 県 知 事 殿

届 出 者 所 在 地
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 市区 府県 町村	
	連絡先	電話番号 (内線)	FAX番号
		電子メールアドレス	
	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 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
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		
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 市区 府県 町村	
	連絡先	電話番号 (内線)	FAX番号
		電子メールアドレス	
	事業を行おうとする区域		
主 な 職 員	フリガナ	-----	
	氏名	-----	
入所/入居/登録定員			人
○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		

第 2 号 様 式 (第 5 条 関 係)

老人 居 宅 生 活 支 援 事 業 変 更 届 出 書

年 月 日

鹿 児 島 県 知 事 殿

申 請 者 所 在 地
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	(変 更 後)	
	事 業 所 の 名 称		
	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 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)	F A X 番 号	
		電 子 メール ア ド レ ス			
	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		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
事 業 所	フリガナ	-----			
	名 称	-----			
	事 業 の 種 類	<input type="checkbox"/> 老 人 居 宅 介 護 等 事 業 <input type="checkbox"/> 老 人 デ イ サ ー ビ ス 事 業 <input type="checkbox"/> 老 人 短 期 入 所 事 業 <input type="checkbox"/> 小 規 模 多 機 能 型 居 宅 介 護 事 業 <input type="checkbox"/> 認 知 症 対 応 型 老 人 共 同 生 活 援 助 事 業 <input type="checkbox"/> 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)	F A X 番 号	
			電 子 メール ア ド レ ス		
	事 業 を 行 お う と す る 区 域				
主 な 職 員	フリガナ	-----			
	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				

第 3 号 様 式 (第 5 条 関 係)

老 人 居 宅 生 活 支 援 事 業 廃 止 ・ 休 止 届 出 書

年 月 日

鹿 児 島 県 知 事 殿

申 請 者 所 在 地
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	<input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 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。

第 4 号 様 式 (第 5 条 関 係)

老人福祉施設 設置の届出書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

届出者 所 在 地
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 市区 府県 町村		
	連絡先	電話番号 (内線)	FAX番号	
		電子メールアドレス		
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 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
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 1
	特別養護老人ホーム			付表 2
	有料老人ホーム			付表 3
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 市区 府県 町村		
	連絡先	電話番号 (内線)	FAX番号	
		電子メールアドレス		
	事業を行おうとする区 域			
入所/入居定員	人			
居室数	室			
※有料老人ホームの場合のみ				
施 管 設 理 長 者 /	フリガナ	-----		
	氏 名	住所 (郵便番号 -) ※有料老人 ホームの場 合のみ		
○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

第 5 号 様 式 (第 5 条 関 係)

老人福祉施設 養護老人ホーム 設置認可の申請書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

届出者 所 在 地
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 市区 府県 町村					
	連絡先	電話番号 (内線)	FAX番号				
		電子メールアドレス					
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		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
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 市区 府県 町村					
連絡先		電話番号 (内線)	FAX番号				
		電子メールアドレス					
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	-----					
○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室当たりの最大定員					人		
利用者1人当たりの最小床面積					m ²		
片廊下の幅					m		
中廊下の幅					m		

建物の構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物	<input type="checkbox"/> 準耐火建築物	<input type="checkbox"/> その他
添付書類	別添のとおり		

第 6 号 様 式 (第 5 条 関 係)

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

鹿児島県知事 殿

届出者 所 在 地
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 市区 府県 町村				
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号	
		電子メールアドレス				
	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 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
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					
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)				
施 設	フリガナ	-----				
	名 称	-----				
	所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村				
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号	
		電子メールアドレス				
	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)			<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型 <input type="checkbox"/> 地域密着型 <input type="checkbox"/> 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	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		介護職員				
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)								
従業者の職種・員数		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 室当たりの最大定員								人
	入所者 1 人当たりの最小床面積								m ²
	直接外気に面して解放できる面積								m ²
静養室	入所者 1 人当たりの最小床面積								m ²
	直接外気に面して解放できる面積								m ²
食堂と機能訓練室の合計面積								m ²	
廊下	片廊下の幅								m
	中廊下の幅								m
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他			
添付書類		別添のとおり							

第 7 号 様 式 (第 5 条 関 係)

老人福祉施設 変更届出書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

申請者 所 在 地
名 称
代表者職名・氏名

老人福祉法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○)		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	(変更後)	
	登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)		
	施設において供与される介護等の内容		
	建築基準法第 6 条第 1 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	市区	
		府県	町村	
連 絡 先	電話番号	(内線)	F A X 番号	
	電子メールアドレス			
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		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
施 設	フリガナ	-----		
	名 称	-----		
	施設の種類	<input type="checkbox"/> 老人デイサービスセンター <input type="checkbox"/> 老人短期入所施設 <input type="checkbox"/> 老人介護支援センター <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム		
	所在地	(郵便番号	—)
		都道	市区	
		府県	町村	
連 絡 先	電話番号	(内線)	F A X 番号	
	電子メールアドレス			
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 管 設 理 長 者 ／	フリガナ		住所 ※有料老人 ホームの場 合のみ	(郵便番号 -)
	氏 名			
添付書類		別添のとおり		

第 8 号 様 式 (第 5 条 関 係)

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

鹿児島県知事 殿

申請者 所 在 地
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	<input type="checkbox"/> 廃止	<input type="checkbox"/> 入所定員の減少
	<input type="checkbox"/> 休止	<input type="checkbox"/> 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 9 号様式から別記第 14 号様式までを削り、別記第 15 号様式を別記第 9 号様式とし、別記第 16 号様式を別記第 10 号様式とする。

附 則

この規則は、令和 8 年 4 月 1 日から施行する。