

# ＊北海道公報

発行 北 海 道  
編集 総 務 部  
行 政 局  
文 書 課  
電話 011-204-5035  
FAX 011-232-1385

目 次 ページ

## 規 則

○老人福祉法施行細則の一部を改正する規則…………… (高齢者保健福祉課) 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

北海道知事 鈴木直道

### 北海道規則第38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（昭和38年北海道規則第152号）の一部を次のように改正する。

第9条第1項中「別記第7号様式」を「別記第4号様式」に改め、同条第3項中「別記第8号様式の老人ホーム設置認可申請書によるもの」を「別記第7号様式又は別記第8号様式」に改め、同条第4項中「老人ホーム設置認可申請書」を「申請書」に改める。

第11条第1項中「別記第10号様式」を「別記第5号様式」に改める。

第12条第1項中「又は」を「若しくは」に、「届出」を「届出又は法第16条第3項の規定による老人ホームの廃止若しくは休止、入所定員の減少の時期若しくは入所定員の増加の認可の申請」に、「別記第12号様式」を「別記第6号様式」に改め、同条第2項を削り、同条第3項中「前2項」を「前項」に改め、同項を同条第2項とする。

第13条第1項中「別記第14号様式」を「別記第10号様式」に改める。

第14条第1項中「別記第15号様式」を「別記第11号様式」に改め、同条第2項中「別記第16号様式」を「別記第12号様式」に改める。

第15条第1項中「別記第17号様式」を「別記第13号様式」に改め、同条第2項中「別記第18号様式」を「別記第14号様式」に改める。

第16条第1項中「別記第17号様式」を「別記第13号様式」に改める。

第17条第1項中「別記第19号様式」を「別記第15号様式」に改め、同条第2項中「別記第20号様式」を「別記第16号様式」に改める。

第19条第1項中「別記第21号様式」を「別記第4号様式」に改め、同条第2項中「別記第22号様式」を「別記第5号様式」に改め、同条第3項中「別記第22号様式の2」を「別記第

6号様式」に改める。

第20条中「別記第23号様式」を「別記第17号様式」に改める。

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3条関係）

老人居宅生活支援事業

事業開始の届出書

年 月 日

所在地

北海道知事 様

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を開始しますので、次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
		E mail		
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	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			

容	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)	F A X 番号
		E mail		
	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			
○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2号様式 (第4条関係)

老人居宅生活支援事業

変更届出書

年 月 日

所在地

北海道知事 様

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
		E mail		
	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 市 区 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号	(内線)	F A X 番号
		E mail		
	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			

別記第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

所在地

北海道知事 様

届出者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を廃止 (休止) しますので届け出ます。

	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 廃止し、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4号様式 (第6条、第9条、第19条関係)

老人福祉施設

設置の届出書

年 月 日

所在地

北海道知事 様

届出者 名称

代表者職名・氏名

老人福祉法に規定する施設を設置しますので、次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)	F A X 番号
		E mail		
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	施設の種類	届出対象施設(該当施設に○)	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)	F A X 番号
	E mail		
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		
	氏名	住所 ※有料老人ホームの場合のみ	(郵便番号 - )
○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	

## 付表1

養護老人ホームの設置の届出に係る記載事項

施設	法人番号			
	フリガナ			
所在地	名称			
		(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
主な職員	フリガナ			
	氏名			
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		栄養士又は管理栄養士	
	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						
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	㎡				
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				

付表2

特別養護老人ホームの設置の届出に係る記載事項

施設	法人番号					
	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	
	E-mail					
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						
○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)								
従業者の職種・員数	看護職員		栄養士又は管理栄養士		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(前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)						
○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	㎡						
	直接外気に面して解放できる面積	㎡						
静養室	入所者1人当たりの最小床面積	㎡						
	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		m <sup>2</sup>
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	

付表3

有料老人ホームの設置の届出に係る記載事項

施設	法人番号								
	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			
	E-mail								
介護サービスの提供有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
○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		管理者		生活相談員		栄養士又は管理栄養士		調理員	
		専従	兼務	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		介護職員		看護職員		機能訓練指導員			
		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)									
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
居室	利用者1人当たりの最小床面積								m <sup>2</sup>

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	

別記第5号様式(第7条、第11条、第19条関係)

老人福祉施設

変更届出書

年 月 日

所在地

北海道知事 様

届出者 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	

変更内容	施設の施設長／管理者の住所	(変更後)
	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。)	
	施設において供与を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
		E mail		
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
		E mail		
	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 - )
氏名				
添付書類	別添のとおり			

別記第6号様式（第8条、第12条、第19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

所在地

北海道知事 様

届出（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（申請します）。

	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・休止又は入所定員の減少・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7号様式（第9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

所在地

北海道知事 様

申請者 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、次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 E mail

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)	F A X 番号			
	E mail					
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書類						
従業者の職種・員数	施設長		医師		生活指導員	
	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)						

施設

従業者の職種・員数	支援員		看護職員		栄養士又は管理栄養士	
	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		㎡				
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				

別記第8号様式 (第9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

所在地

北海道知事 様

申請者 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、次のとおり関係書類を添えて申請します。

法人番号

経営者	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				

法人				
	連絡先	電話番号	(内線)	F A X 番号
		E mail		
	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)
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)	F A X 番号	
	E mail			
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		

施設	名称			主な診療科名	
	名称			主な診療科名	
介護形式 (いずれかを選択)	<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
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	介護職員		看護職員		栄養士又は管理栄養士
	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	機能訓練指導員				
	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		㎡		
	直接外気に面して解放できる面積		㎡		
静養室	入所者1人当たりの最小床面積		㎡		
	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		m <sup>2</sup>
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	

別記第10号様式から別記第13号様式までを削り、別記第14号様式を別記第10号様式とし、別記第15号様式から別記第20号様式までを4様式ずつ繰り上げ、別記第21号様式から別記第22号様式の2までを削り、別記第23号様式を別記第17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。