付表10　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事業所の指定に係る記載事項

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | （郵便番号　　　－　　　）  　　　　　県　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | | | | |  | | | | | | | |
| メールアドレス | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設区分  （該当部分に○） | | | | 有料老人ホーム | | | | | | | | |  | | | | | 施設開設年月日 | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 軽費老人ホーム | | | | | | | | |  | | | | |
| 養護老人ホーム | | | | | | | | |  | | | | |
| 入居者の要件  （該当部分に○） | | | | 介護専用型 | | | | | | | | |  | | | | |
| 介護専用型以外 | | | | | | | | |  | | | | |
| サービスの提供形態（該当部分に○） | | | | 一般型 | | | | | | | | |  | | | | |
| 外部サービス利用型 | | | | | | | | |  | | | | |
| 管　理　者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | 住所 | | | | | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | |  | | | | | | | | | | |
| 当該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 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者数 | | | | | | | | | 人（前年度の平均値、新規の場合は推定数を記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護者 | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | 要支援者 | | | | | | 人 | | | |
| 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 | | | | 計画作成担当者 | |
| 専従 | | 兼務 | | | 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） | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | |
| 基準上の必要人数（人） | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | |
| 適合の可否 | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | |
| 主な掲示事項 | | 入所定員 | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居室数 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | | 法定代理受領分 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |  | | | | |
| 建物構造概要 | | 耐火建築物、準耐火建築物その他の別 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護居室の１室の最大定員 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 基準上の必要数値 | | | | | | | | | 適合の可否 | | |
|  | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | 人以下 | | | | | | | | |  | | |
| 添付書類 | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考 １ ｢受付番号｣、｢基準上の必要人数｣、｢適合の可否｣及び｢基準上の必要数値｣欄は､記載しないでください。

２ ｢当該特定施設で兼務する他の職種｣及び｢同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務｣欄は、管理者が兼務する場合に記載してください。

３ ｢利用者数｣欄は、前年度の平均数（新規の場合にあっては、推定数）を記載してください。

　 ４ ｢主な掲示事項｣欄については､この欄の記載に代えて、別の資料を添付して差し支えありません。

　　 ５ 協力歯科医療機関がある場合は､｢協力医療機関｣欄に併せて記載してください。

　　 ６ 記載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。