付表１４－１

介護老人福祉施設の指定に係る記載事項（従来型）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施　　　設 |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | （郵便番号　　　－　　　）  県 　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 電話番号 | |  | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | |  | | | | | | | | | | |
| メールアドレス | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管　理　者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | 住　所 | | | （郵便番号　　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | |  | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 短期入所生活介護の実施の有無 | | | | | | | | | 有　・　無 | | | | | | 事業の実施形態 | | | | | | 空床型　・　併設型 | | | | | | | | | | | |
| 入所者数 | | | | 人(推定数を記入) | | | | | | | | | | 短期入所利用者数(併設型の場合) | | | | | | | | | | | 人(推定数を記入) | | | | | | | |
| 従業者の職種･員数 | | | | | | | | | 医　　師 | | | | | | | 生活相談員 | | | | | | | 介護職員 | | | | | | | 看護職員 | | |
|  |  | | | | | | | | 専 従 | ※兼 務 | | | | | | 専 従 | | | | ※兼 務 | | | 専 従 | | | | ※兼 務 | | | 専 従 | | ※兼 務 |
| 介護老人福祉施設及び  　短期入所生活介護従事人数 | | | | | 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 | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | 栄 養 士 | | | | | | | 機能訓練指導員 | | | | | | | | 介護支援専門員 | | | | | 栄養士を配置しない場合の措置 | | | |
| 専 従 | | ※兼 務 | | | | | 専 従 | | | | ※兼 務 | | | | 専 従 | | ※兼 務 | | |
| 介護老人福祉施設及び  　短期入所生活介護従事人数 | | | | | 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 | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 設備基準上の数値記載項目等 | | | | | | | | | 介護老人福祉施設 | | | | | | | | | | | | | | | 短期入所生活介護 | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | 基準上の必要値 | | | | | | 適合の可否 | | | | | |  | | | | 基準上の必要値 | | | 適合の可否 | |
| 居  　室 | 1室の最大定員 | | | | | | | 人 | | | 人以下 | | | | | |  | | | | | | 人 | | | | 人以下 | | |  | |
| 入所者1人あたりの最小床面積 | | | | | | | ㎡ | | | ㎡ | | | | | |  | | | | | | ㎡ | | | | ㎡ | | |  | |
| 食堂と機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | ㎡ | | | ㎡ | | | | | |  | | | | | | ㎡ | | | | ㎡ | | |  | |
| 廊  下 | 片廊下の幅 | | | | | | | ｍ | | | ｍ | | | | | |  | | | | | | ｍ | | | | ｍ | | |  | |
| 中廊下の幅 | | | | | | | ｍ | | | ｍ | | | | | |  | | | | | | ｍ | | | | ｍ | | |  | |
| 主な掲示事項 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | 入所(利用)定員 | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 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｣及び｢適合の可否｣欄は､記載しないでください。

２ 「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 「短期入所生活介護の実施の有無」欄は、「有・無」のいずれか一方に「○」を付し、短期入所生活介護を実施している場合は、「事業の実施形態」欄の「空床型・併設型」のいずれか一方又は両方に「○」を付してください。

４ 「入所者数」及び「短期入所利用者数」欄は、推定数を記載してください。なお、「短期入所利用者　　　　 数」欄は、併設型の場合に記載してください。

５　｢※兼務｣欄は､短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記載してください。

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

　　 ７ 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。

　　 ８　当該介護老人福祉施設サービス以外のサービスを実施する場合は､当該介護老人福祉施設サービスの部分とそれ以外のサービスの部分について料金の状況が確認できる料金表を添付してください。

　　 ９　「従来型」で申請する場合は本様式を使用してください。