

付表14 介護老人福祉施設の指定に係る記載事項

受付番号

施設	フリガナ														
	名 称														
	所在地	(郵便番号 —)													
	連絡先	電 話 番 号					F A X 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														
	当該施設で兼務する他の職種(兼務の場合記入)														
	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					事業所番号								
		兼務する職種及び勤務時間等													
	併設事業所の有無	有 ・ 無		併設事業所の名称、定員											
	短期入所者生活介護の実施の有無	有 ・ 無		事業の実施形態											
	入所者数(推定数を記入)	人		短期入所利用者数(併設型の場合)		人		人							
	ユニットごとの利用定員(ユニット型施設の場合記入)														
①	人	②	人	③	人	④	人	⑤	人	⑥	人	⑦	人	⑧	人
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)								(介護・看護職員合計)							
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						基準上の必要数値		適合の可否							
居室	1室の最大定員				人		人								
	入所者1人あたりの最小床面積				㎡		㎡								
食堂と機能訓練室(共同生活室)の合計面積				㎡		㎡									
廊下	片廊下の幅				m		m								
	中廊下の幅				m		m								
主な揭示事項															
介護老人福祉施設入所定員				人											
短期入所利用定員				人		(うち併設型)		人							
建物の構造概要															
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					主な診療科目									
	名 称					主な診療科目									
耐火構造物、準耐火構造物等の別															
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」欄は、記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態」については、『空床型・併設型・空床型及び併設型のいずれかを記載してください。
- 4 「*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。