

## 付表第一号(十二) 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等に係る記載事項

|                              |                                 |               |                                                                                              |       |                                 |             |                              |                                                 |         |    |         |    |  |  |  |  |  |
|------------------------------|---------------------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------|-------------|------------------------------|-------------------------------------------------|---------|----|---------|----|--|--|--|--|--|
| 事業所                          | 法人番号                            |               |                                                                                              |       |                                 |             |                              |                                                 |         |    |         |    |  |  |  |  |  |
|                              | フリガナ                            |               |                                                                                              |       |                                 |             |                              |                                                 |         |    |         |    |  |  |  |  |  |
|                              | 名 称                             |               |                                                                                              |       |                                 |             |                              |                                                 |         |    |         |    |  |  |  |  |  |
|                              | 所在地                             |               | (郵便番号                      )<br>都 道                      市 区<br>府 県                      町 村 |       |                                 |             |                              |                                                 |         |    |         |    |  |  |  |  |  |
|                              | 連絡先                             |               | 電話番号                                                                                         | (内線)  |                                 |             |                              | FAX番号                                           |         |    |         |    |  |  |  |  |  |
| Email                        |                                 |               |                                                                                              |       |                                 |             |                              |                                                 |         |    |         |    |  |  |  |  |  |
| 施設区分<br>(該当に○)               |                                 | 有料老人ホーム       |                                                                                              |       |                                 | 施設開設<br>年月日 |                              | 年                      月                      日 |         |    |         |    |  |  |  |  |  |
|                              |                                 | 軽費老人ホーム       |                                                                                              |       |                                 |             |                              |                                                 |         |    |         |    |  |  |  |  |  |
|                              |                                 | サービス付き高齢者向け住宅 |                                                                                              |       |                                 |             |                              |                                                 |         |    |         |    |  |  |  |  |  |
|                              |                                 | 養護老人ホーム       |                                                                                              |       |                                 |             |                              |                                                 |         |    |         |    |  |  |  |  |  |
| 入居者の要件<br>(該当に○)             |                                 | 介護専用型         |                                                                                              |       |                                 |             |                              |                                                 |         |    |         |    |  |  |  |  |  |
|                              |                                 | 介護専用型以外       |                                                                                              |       |                                 |             |                              |                                                 |         |    |         |    |  |  |  |  |  |
| サービスの提供形態<br>(該当に○)          |                                 | 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)                                                                    |       |                                 |             |                              |                                                 |         |    |         |    |  |  |  |  |  |
|                              | 他の事業所、施設等の職務との兼務<br>(兼務の場合のみ記入) |               | 兼務先の名称、所在地                                                                                   |       |                                 |             |                              |                                                 |         |    |         |    |  |  |  |  |  |
| 兼務先のサービス種別、兼務する職種<br>及び勤務時間等 |                                 |               |                                                                                              | ----- |                                 |             |                              |                                                 |         |    |         |    |  |  |  |  |  |
| 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                                          |         |    |         |    |  |  |  |  |  |
| ○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                    |                                 |               | 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)                  |                                 |               |                                                                                              |       |                                 |             |                              |                                                 |         |    |         |    |  |  |  |  |  |
| ○設備に関する基準の確認に必要な事項           |                                 |               |                                                                                              |       |                                 |             |                              |                                                 |         |    |         |    |  |  |  |  |  |
| 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 |                                                 |         |    |         |    |  |  |  |  |  |
| 入居定員                         |                                 |               |                                                                                              |       | 人                               |             |                              |                                                 |         |    |         |    |  |  |  |  |  |
| 利用者数                         |                                 |               | 人(前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)                                                                       |       |                                 |             |                              |                                                 |         |    |         |    |  |  |  |  |  |
|                              |                                 |               | 要介護者                                                                                         |       | 人                               |             | 要支援者                         |                                                 | 人       |    |         |    |  |  |  |  |  |
| 添付書類                         |                                 |               | 別添のとおり                                                                                       |       |                                 |             |                              |                                                 |         |    |         |    |  |  |  |  |  |

備考 1 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。  
2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

（参考） 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等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

|        |    |  |        |  |
|--------|----|--|--------|--|
| 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 |  |