

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 -) (ビルの名称等)										
	連絡先		電話番号				FAX番号						
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												
	氏名		住所				(郵便番号 -)						
	生年月日												
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記載)												
	同一敷地内の他の事業所又は施設内の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)		事業所等の名称				兼務する職種及び勤務時間帯						
利用者数		人(前年の平均値、新規の場合は推定数を記載)											
		要介護者				人				要支援者		人	
利用者の推定数		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	
		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													
主な揭示事項	入居定員		人										
	居室数		室										
	利用料		法定代理受領分(一割負担分)										
			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	耐火構造物、準耐火構造物の別						基準上の必要数値		適合の可否				
	介護居室の1室の最大定員		人				人以下						
添付書類		別添のとおり											

【記載上の注意】

- 1 「受付番号」、「基準上必要人数」、「基準上の必要数値」、「適合の可否」欄に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 「常勤換算後の人数」は小数点第2位以下を切り捨てた値です。
- 4 「耐火構造物、準耐火構造物の別」欄には、「耐火構造物」又は「準耐火構造物」若しくは「その他」の別を記載してください。