

付表26 地域密着型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 -)									
	連絡先		電話番号			FAX番号						
	メールアドレス								※必須			
施設の区分	有料老人ホーム					施設開設年月日						
	軽費老人ホーム					施設開設年月日						
	養護老人ホーム					施設開設年月日						
	高齢者専用賃貸住宅					施設開設年月日						
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											
利用者数(推定数を記入)		要介護者		人		(前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)						
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												
主な揭示事項	入居定員											
	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					主な診療科目						
	名称					主な診療科目						
	名称					主な診療科目						
建物構造概要	耐火構造物、準耐火構造物等の別											
	介護居室の1室の最大定員		人			基準上の必要数値			人以下			適合の可否
運営推進会議の有無		有 ・ 無										
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、記入しないでください。
 備考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。
 備考3 「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。
 備考4 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況がわかるような料金表を提出してください。