付表27-1　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護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		FAX番号	
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文				第　条　第　項　第　号	
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			
本体施設の有無		有　・　無			
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		
入居者数（推定数を記入）		人	短期入所利用者数（併設型の場合）	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
地域密着型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	
地域密着型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		地域密着型介護老人福祉施設			短期入所生活介護		
			基準上の必要値	適合可否		基準上の必要値	適合可否
居室	1室の最大定員	人	人		人	人	
	入居者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		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（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		主な診療科目	
	名称		主な診療科目	
耐火構造物、準耐火構造物等の別				
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。

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（空床型・併設型の別）」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方に〇を付してください。

４ 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の主な掲示事項、設備基準上の数値記載項目等欄については、記載を要しません。

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 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。

７ 当該指定地域密着型介護福祉施設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介護福祉施設サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金が分かるような料金表を提出してください。