付表6　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

(表)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | (郵便番号　　　―　　　)  　　　　　県　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | | |  | | | | | |
| E-mail | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該事業の実施について定めてある定款等の条文 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 第　　　　条第　　　　項第　　　　号 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 高齢者専用賃貸住宅 | | | | | | | | |  | | | | 施設開設年月日 | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | 住所 | | | (郵便番号　　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 当該特定施設で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記載してください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記載してください。) | | | | | | | | | | 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | 事業所番号 | | |  | | |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者数(推定数を記載してください。) | | | | | | | | 人 | | | | | | | (前年の平均値、新規の場合は推定数を記入してください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護者 | | | | | | 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 | | 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 | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | |
| 入居定員 | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 居室数 | | | | | 室 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 建物の構造 | | □耐火建築物　　　□準耐火建築物　　　□その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護居室の1室の最大定員 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 基準上の必要数値 | | | | | | | | 適合の可否 | | | |
| 人 | | | | | | | | | | | | 人以下 | | | | | | | |  | | | |
| 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 | | | | | | |  | | | | |
| 添付書類 | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(裏)

　備考

　1　「基準上の必要人数」、「適合の可否」及び「基準上の必要数値」欄には、記載しないでください。

　　　2　記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別様に記載した書類を添付してください。

　　　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。

　　　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分かるような料金表を提出してください。

　　　5　既に地域密着型サービス事業所の指定を受けている事業者が地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときは、「事業所」の『名称』及び『所在地』を除いて、申請書への記載を省略することができます。また、既に地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が地域密着型サービス事業所の指定を受ける場合においても、同様です