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