

指定特定施設入居者生活介護事業所・指定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

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			
		電子メールアドレス					
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文							
事業所の別	1 有料老人ホーム	開設年月日					
	2 軽費老人ホーム						
	3 養護老人ホーム						
入居者の要件	1 介護専用型	サービスの提供形態	1 一般型				
	2 介護専用型以外		2 外部サービス利用型				
管理者	フリガナ 氏 名	住 所					
	生年月日						
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）						
	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					
		介護保険事業所番号					
兼務する職種及び勤務時間等							
利用者数（推定数）		人					
従業者の職種・員数	要介護者		人		要支援者		人
	生活相談員		看護職員		介護職員		
	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						
	機能訓練指導員		計画作成担当者				
	専従	兼務	専従	兼務			
	常勤（人）						
	非常勤（人）						
※ 基準上の必要人数（人）							
※ 適合の可否							
建物構造概要				※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		
耐火建築物、準耐火建築物等の別							
主な 掲 示 事 項	入居定員	人					
	居室数	室					
	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 等	名 称				診 療 科 名		
	名 称				診 療 科 名		

- 備 考
- ※印の欄には、記入しないこと。
 - 「事業所の種別」欄、「入居者の要件」欄及び「サービスの提供形態」欄は、該当するものを○で囲むこと。
 - 協力歯科医療機関がある場合は、「協力医療機関等」欄に併せて記載すること。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。