

## 指定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

|                               |                                            |                                                      |         |       |         |           |  |        |
|-------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------|-------|---------|-----------|--|--------|
| 事業所                           | フリガナ<br>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 |                                            |                                                      |         |       |         |           |  |        |
| 事業所の種別                        | 1 有料老人ホーム                                  |                                                      |         | 開設年月日 |         |           |  |        |
|                               | 2 軽費老人ホーム                                  |                                                      |         |       |         |           |  |        |
| 管理者                           | フリガナ<br>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<br>施設の従業者との兼務<br>（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<br>勤務時間等             |                                            |                                                      |         |       |         |           |  |        |
| 利用者数（推定数）                     | 人（うち要介護者                      人）           |                                                      |         |       |         |           |  |        |
| 従業者の職種・員数                     | 生活相談員                                      |                                                      | 看護職員    |       | 介護職員    |           |  |        |
|                               | 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<br>掲<br>示<br>事<br>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<br>医療機関等                  | 名 称                                        |                                                      |         |       | 診 療 科 名 |           |  |        |
|                               | 名 称                                        |                                                      |         |       | 診 療 科 名 |           |  |        |
| 運営推進会議の有無                     |                                            | 有                      ・                      無      |         |       |         |           |  |        |

- 備考
- ※印の欄には、記入しないこと。
  - 「事業所の種別」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。
  - 「運営推進会議の有無」欄は、該当するものを○で囲むこと。
  - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。