

記載例

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	●●●●●●					
	名称	●●●●●●					
	所在地	( 郵便番号 ●●●● - ●●●● ) 浜松市●●区●●町●●●●-●●					
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	●●年●●月●●日			
	2	軽費老人ホーム					
管理者	フリガナ	●●●●●●		住所	浜松市●●区●●●●-●●		
	氏名	●●●●●●					
	生年月日	●●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	生活相談員		
				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（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			耐火建築物				
主な揭示事項	入居定員	●● 人					
	居室数	●● 室					
	利用料	法定代理受領分	介護報酬告示上の額の負担割合に応じた額				
		法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額				
その他の費用	食費●●円、居住費●●円、日常生活費●●円 等						
協力医療機関等	名称	●●病院		診療科名	●●		
	名称	●●クリニック		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。