

(表)

特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護事業者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						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等の条文					第 条第 項第 号							
管理者	フリガナ				住所・連絡先	(郵便番号 — )						
	氏名					電話番号						
	生年月日				FAX番号							
	他の職務との兼務の状況(兼務がある場合のみ記入)											
	当該特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護事業所内での他の職務との兼務		職種									
	同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務		事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類の兼務する職種及び勤務時間									
介護専用型との区分(該当施設に○)	介護専用型			外部委託型との区分(該当施設に○)			外部委託型					
	介護専用型以外						外部委託型以外					
施設区分(該当施設に○)	有料老人ホーム			養護老人ホーム			施設開設年月日					
	軽費老人ホーム						年 月 日					
利用者の推定数	人 (前年度の平均値、新規の場合は予測される数を記入)											
	要介護者		人			要支援者		人				
従業員	生活相談員		看護師・准看護師		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		
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)												
建物の構造概要	建物の構造											
	耐火建築物・準耐火建築物の別			耐火建築物		準耐火建築物						
	介護居室の1室当たりの最大定員			人								
主な揭示事項	入居定員		人									
	居室数		室 ※施設全体の定員及び居室数(介護居室でないものは除く。)									
	利用料		法定代理受領分 介護報酬告示上の額									
			法定代理受領分以外 介護報酬告示上の額									
その他の費用		運営規程に定めるとおり										
療協機関	名称					主な診療科名						
	名称					主な診療科名						
	名称					主な診療科名						
備考 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。(裏面に続く。)												

(裏)

(表面から続く。)

添付書類

- 1 申請者の登記事項証明書又は条例等の写し
- 2 建物の平面図(各室の用途が明示されたもの)及び設備の概要を記載した書類
- 3 運営規程
- 4 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類
- 5 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
- 6 協力医療機関又は協力歯科医療機関との契約の内容を記載した書類
- 7 受託居宅サービス事業者又は受託介護予防サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地が記載された受託契約書
- 8 介護保険法第70条第2項各号又は第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書類
- 9 介護支援専門員(介護支援専門員として業務を行う者に限る)の氏名及びその登録番号
- 10 その他指定に関し知事が必要と認める事項を記載した書類