

(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              |         |                  | FAX番号   |         |  |  |
|  | 生年月日  |                             |                                    |         |                              |                   |         |                  |         |         |  |  |
|  | 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                       |                                    | 介護専用型以外 |                              | 外部委託型との区分(該当施設に○) |         | 外部委託型            |         | 外部委託型以外 |  |  |
| 施設区分(該当施設に○)                             |   | 有料老人ホーム                     |                                    | 軽費老人ホーム |                              | 養護老人ホーム           |         | 施設開設年月日<br>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                                  |         | ※施設全体の定員及び居室数(介護居室でないものは除く。) |                   |         |                  |         |         |  |  |
|  | 居室数   |                             | 室                                  |         |                              |                   |         |                  |         |         |  |  |
|  | 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<br>力医                               | 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。)  |   |                             |                                    |         |                              |                   |         |                  |         |         |  |  |