**付表５　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**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 　 |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 | 　 |
| 施設の区分 | 有料老人ホーム | 　 | 施設開設年月日 | 　 |
| 軽費老人ホーム | 　 | 施設開設年月日 | 　 |
| サービス付き高齢者向け住宅 | 　 | 施設開設年月日 | 　 |
| 管理者 | フリガナ | 　 | 住所 | (郵便番号　　　　　　　　) |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 　 |
| 当該特定施設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(兼務の場合記入) | 名称 | 　 | 事業所番号 | 　 |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | 　 |
| 利用者数(推定数を記入) | 　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 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 | 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 | 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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 主な掲示事項 | 入居定員 | 　　　　　　人 |
| 居室数 | 　 |
| 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 | 名称 | 　 | 主な診療科名 | 　 |
| 名称 | 　 | 主な診療科名 | 　 |
| 建物構造概要 | 耐火建築物、準耐火建築物等の別 | 　 |
| 介護居室の1室の最大定員 | 基準上の必要数値 | 適合の可否 |
| 　 | 人 | 人以下 | 　 |
| 運営推進会議の有無 | 　 |
| 添付書類 | 別添５のとおり |

　備考　当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。