

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

| 事業所                |       | フリガナ                                                                                        |                   |                       |         |         |        |           |    |         |    |
|--------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|---------|---------|--------|-----------|----|---------|----|
|                    |       | 名　　称                                                                                        |                   |                       |         |         |        |           |    |         |    |
|                    |       | 所在地                                                                                         | (郵便番号)            | 県                     | -       | 郡市      |        |           |    |         |    |
|                    |       | 連絡先                                                                                         | 電話番号              |                       |         |         | FAX 番号 |           |    |         |    |
|                    | Email |                                                                                             |                   |                       |         |         |        |           |    |         |    |
|                    |       | 施設の区分<br>(該当に○)                                                                             | 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<br>又は施設の従業者との兼務<br>(兼務の場合記入)                                                    | 名称                |                       |         |         |        |           |    |         |    |
|                    |       |                                                                                             | 兼務する職種<br>及び勤務時間等 |                       | <hr/>   |         |        |           |    |         |    |
| 協力医療機関             |       | 名称                                                                                          |                   |                       |         |         | 主な診療科名 |           |    |         |    |
|                    |       | 名称                                                                                          |                   |                       |         |         | 主な診療科名 |           |    |         |    |
|                    |       | 名称                                                                                          |                   |                       |         |         | 主な診療科名 |           |    |         |    |
| ○人員に関する基準の確認に必要な事項 |       |                                                                                             |                   |                       |         |         |        |           |    |         |    |
| 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)        |       |                                                                                             |                   |                       |         |         |        |           |    |         |    |
| 利用者数(推定数を記入)       |       | 人                                                                                           |                   | (前年の平均値、新規の場合は推定数を記入) |         |         |        |           |    |         |    |
| 要介護者               |       | 人                                                                                           |                   |                       |         |         |        |           |    |         |    |
| ○設備に関する基準の確認に必要な事項 |       |                                                                                             |                   |                       |         |         |        |           |    |         |    |
| 入居定員               |       | 人                                                                                           |                   |                       |         |         |        |           |    |         |    |
| 建物の構造              |       | <input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他 |                   |                       |         |         |        |           |    |         |    |
| 添付書類               |       | 別添のとおり                                                                                      |                   |                       |         |         |        |           |    |         |    |

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。  
2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。