

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 -) 県 郡市											
	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 第 条第 項第 号													
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									
	高齢者専用賃貸住宅			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					
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							
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 揭示 事項	入居定員												
	居室数												
	利用料		法定代理受領分 (一割負担分)										
	その他の費用		法定代理受領分以外										
医協 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							
造建 概物 要構	耐火建築物、準耐火建築物等の別						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						
運営推進会議の有無			有 ・ 無										
添付書類			別添のとおり										

- 備考
- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 2 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。
 - 3 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
 - 4 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。

別 添

受付番号

指定申請に係る添付書類一覧

主たる事業所・施設の名称	
--------------	--

番号	添付書類	申請する事業の種類			備考
		特定施設入居者生活介護			
1	申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等				
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表				
3	管理者の経歴				
4	事業所の平面図				
5	居室面積等一覧表				
6	設備・備品等に係る一覧表				
7	運営規程				
8	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要				
9	当該申請に係る資産の状況				
10	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容				
11	地域密着型介護サービス費の請求に関する事項				
12	法第78条の2第4項各号に該当しないことを誓約する書面				
13	役員の氏名等				
14	介護支援専門員の氏名等				
15	運営推進会議の構成員				

備考1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。