付表10

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の登録に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ |  |
| 名　称 | 　 |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| （ビルの名称等） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 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 |
| 施設区分（該当部分に○） | 有料老人ホーム |  | 施設開設年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 軽費老人ホーム |  |
| 高齢者専用賃貸住宅 |  |
| 養護老人ホーム |  |
| 入居者の要件 （該当部分に○） | 介護専用型 |  |
| 介護専用型以外 |  |
| サービスの提供形態 （該当施設に○） | 一般型 |  |
| 外部サービス利用型 |  |
| 管理者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 当該特定施設入所者生活介護事業所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（兼務の場合のみ記入） | 事業所等名称 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
| 利用者数 |  | 人 | （前年の平均値、新規の場合は推定数を記入） |
| 要介護者 |  | 人 | 要支援者 |  | 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 | 入所定員 |  | 人 |  |
| 居室数 |  | 室 |  |
| 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 |  |  |  |  |
| 名称 |  | 主な診療科名 |  |  |  |  |
| 建物の構造・概要 | 建物の構造 |  |
| 耐火建築物、準耐火建築物その他の別 |  |
| 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 |  |
| 添付書類 | 別添のとおり |

備考　　1　色塗りされている欄には、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又は別紙に記載して添付してください。

3　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4　「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。