

## 付表第一号(十二) 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指定等に係る記載事項

|                     |               |                                                                                              |      |                                 |             |                                                 |       |         |    |         |    |
|---------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------|-------------|-------------------------------------------------|-------|---------|----|---------|----|
| 事業所                 | 法人番号          |                                                                                              |      |                                 |             |                                                 |       |         |    |         |    |
|                     | フリガナ          |                                                                                              |      |                                 |             |                                                 |       |         |    |         |    |
|                     | 名 称           |                                                                                              |      |                                 |             |                                                 |       |         |    |         |    |
|                     | 所在地           | (郵便番号                      )<br>都 道                      市 区<br>府 県                      町 村 |      |                                 |             |                                                 |       |         |    |         |    |
|                     | 連絡先           | 電話番号                                                                                         | (内線) |                                 |             |                                                 | FAX番号 |         |    |         |    |
|                     | Email         |                                                                                              |      |                                 |             |                                                 |       |         |    |         |    |
| 施設区分<br>(該当に○)      | 有料老人ホーム       |                                                                                              |      |                                 | 施設開設<br>年月日 | 年                      月                      日 |       |         |    |         |    |
|                     | 軽費老人ホーム       |                                                                                              |      |                                 |             |                                                 |       |         |    |         |    |
|                     | サービス付き高齢者向け住宅 |                                                                                              |      |                                 |             |                                                 |       |         |    |         |    |
|                     | 養護老人ホーム       |                                                                                              |      |                                 |             |                                                 |       |         |    |         |    |
| 入居者の要件<br>(該当に○)    | 介護専用型         |                                                                                              |      |                                 |             |                                                 |       |         |    |         |    |
|                     | 介護専用型以外       |                                                                                              |      |                                 |             |                                                 |       |         |    |         |    |
| サービスの提供形態<br>(該当に○) | 一般型           |                                                                                              |      |                                 |             |                                                 |       |         |    |         |    |
|                     | 外部サービス利用型     |                                                                                              |      |                                 |             |                                                 |       |         |    |         |    |
| 管<br>理<br>者         | フリガナ          |                                                                                              |      |                                 | 住所          | (郵便番号                      )                    |       |         |    |         |    |
|                     | 氏 名           |                                                                                              |      |                                 |             |                                                 |       |         |    |         |    |
|                     | 生年月日          |                                                                                              |      |                                 |             |                                                 |       |         |    |         |    |
|                     |               | 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)                                                                    |      |                                 |             |                                                 |       |         |    |         |    |
|                     | 者             | 同一敷地内の他の事業所又は施設の<br>従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)                                                       |      |                                 | 名称          |                                                 |       |         |    |         |    |
| 兼務する職種<br>及び勤務時間等   |               |                                                                                              |      |                                 | -----       |                                                 |       |         |    |         |    |
| 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)         |               |                                                                                              |      |                                 |             |                                                 |       |         |    |         |    |
| ○設備に関する基準の確認に必要な事項  |               |                                                                                              |      |                                 |             |                                                 |       |         |    |         |    |
| 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                    |       |         |    |         |    |
| 入居定員                |               |                                                                                              |      |                                 | 人           |                                                 |       |         |    |         |    |
| 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       |    |         |    |
| 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次頁の記入欄不足時の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。