

付表 14 介護老人福祉施設の指定に係る記載事項

受付番号

|                             |                                   |                   |                |          |                |                |    |         |       |
|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------|----------------|----------|----------------|----------------|----|---------|-------|
| 施設                          | フリガナ                              |                   |                |          |                |                |    |         |       |
|                             | 名称                                |                   |                |          |                |                |    |         |       |
|                             | 所在地                               | (郵便番号 - )<br>県 都市 |                |          |                |                |    |         |       |
|                             |                                   | -----             |                |          |                |                |    |         |       |
| 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       |       |
| 管理者                         | フリガナ                              |                   | (郵便番号 - )      |          |                |                |    |         |       |
|                             | 氏名                                |                   |                |          |                |                |    |         |       |
|                             | 生年月日                              |                   | 住所             |          |                |                |    |         |       |
|                             | 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             |          |                |                |    |         |       |
|                             |                                   | 兼務する職種            |                | -----    |                |                |    |         |       |
| 短期入所生活介護の有無                 |                                   | 有・無               |                | 事業の実施形態  |                | 空床型・併設型        |    |         |       |
| 入所者数                        |                                   | 人 (推定数を記入)        |                | 短期入所利用者数 |                | 人 (推定数を記入)     |    |         |       |
| 従業者の職種・員数                   |                                   | 医師                |                | 生活相談員    |                | 介護職員           |    | 看護職員    |       |
|                             |                                   | 専従                | 兼務             | 専従       | 兼務             | 専従             | 兼務 | 専従      | 兼務    |
| 介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数      |                                   | 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                       |                                   |                   |                |          |                |                |    |         |       |
|                             |                                   | 栄養士               |                | 機能訓練指導員  |                | 介護支援専門員等       |    |         |       |
|                             |                                   | 専従                | 兼務             | 専従       | 兼務             | 専従             | 兼務 |         |       |
| 介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数      |                                   | 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                       |                                   |                   |                |          |                |                |    |         |       |
| 設備基準上の数値記載項目等               |                                   | 介護老人福祉施設          |                |          | 短期入所生活介護       |                |    |         |       |
|                             |                                   |                   |                | 基準上の必要値  | 適合の可否          |                |    | 基準上の必要値 | 適合の可否 |
| 居                           | 1室あたりの最大定員                        | 人                 | 人以下            |          | 人              | 人以下            |    |         |       |
| 室                           | 利用者1人あたりの最小床面積                    | m <sup>2</sup>    | m <sup>2</sup> |          | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> |    |         |       |
| 食堂と機能訓練室の合計面積               |                                   | m <sup>2</sup>    | m <sup>2</sup> |          | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> |    |         |       |
| 廊                           | 片廊下の幅                             | m                 | m              |          | m              | m              |    |         |       |
| 下                           | 中廊下の幅                             | m                 | m              |          | m              | m              |    |         |       |
| 主な揭示事項                      |                                   |                   |                |          |                |                |    |         |       |
| 入所(利用)定員                    |                                   |                   |                |          |                |                | 人  | 人       |       |
| 利用料                         | 法定代理受領分(一副負担分)                    |                   |                |          |                |                |    |         |       |
|                             | 法定代理受領分以外                         |                   |                |          |                |                |    |         |       |
| 添付書類                        |                                   | 別添のとおり            |                |          |                |                |    |         |       |

- 備考
- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
  - 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。
  - 「主な揭示事項」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。
  - 本様式は、法施行後に新たに設置された介護老人福祉施設が申請を行う場合について使用してください。
  - 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態(空床型・併設型の別)」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方に を付してください。
  - 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の主な揭示事項、設備基準上の数値記載項目等欄については、記載を要しません。
  - 「兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記載してください。
  - 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記してください。
  - 当該介護老人福祉施設以外のサービスを実施する場合には、当該指定介護福祉施設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。