

# 令和8年度

## 有料老人ホーム

(住宅型・介護付・サ高住)

### 事前提出資料

施設の名称	
施設の所在地	
設置者（法人）名 ※開設者と運営主体が異なる場合は、それぞれ分かるように記載して下さい。	
立入検査年月日	令和 年 月 日
立会者 ※管理者、生活相談員等、サービス状況について説明が出来る方で当日の立会いをお願いします。	職名 氏名 職名 氏名 職名 氏名
事前提出資料作成担当者	職名 氏名 連絡（問合せ）先 TEL :

#### ◆ 提出資料

**A4サイズで両面出力し、添付漏れがないか、提出前に再度確認してから、提出してください。**

<b>事前提出資料</b> <input type="checkbox"/> 1 施設の概要 <input type="checkbox"/> 2 従業者の配置状況 <input type="checkbox"/> 3 入居者の状況  ※2, 3については、施設で保存している既存の資料で結構です。	<b>事前提出資料添付書類</b> <input type="checkbox"/> 4 勤務表（立入検査前月。月初旬の場合は前々月実績） <input type="checkbox"/> 5 施設の平面図 <input type="checkbox"/> 6 重要事項説明書（別添1・2含む） <input type="checkbox"/> 7 入居契約書様式 <input type="checkbox"/> 8 管理規程 <input type="checkbox"/> 9 行事予定、研修年間計画表（作成している場合のみ） <input type="checkbox"/> 10 パンフレット（作成している場合のみ）
<b>自主点検表</b> <input type="checkbox"/> 令和8年度 有料老人ホーム自主点検表（ <input type="checkbox"/> 住宅型・介護付 / <input type="checkbox"/> サ高住）	

※記載不要。指導監査課で記載します。

指導監査課	●職名 氏名
	○職名 氏名

## 1 施設の概要

施設名					
代表者職氏名	職名		氏名		
届出年月日	平成 令和	年 月 日	従業者数	常勤 名	
				非常勤 名	
				合計 名	
入居者数	名		入居定員	名	
管理者氏名 (施設長、責任者)					
事前提出資料 作成者氏名	職名		氏名		
連絡先	電話	( ) -	FAX	( ) -	
	メールアドレス				
併設する 介護サービス事業所 (複数記載可)					
併設する事業所以外 で、入居者が利用する 介護サービス事業所 (複数記載可)					
ホームページ 公開の有無	有・無	有の場合は、アドレスを記入してください。 →		<a href="http://www.">http://www.</a>	
交通アクセス	(近くの目印になる公共の施設や建物を記入してください。)				

※書類作成時点の状況で記入してください。

## 2 従業員の配置状況

※既存の資料(従業員名簿等)がない場合は、こちらの様式を記載して提出してください。

職名 ※兼務がある場合、その職名も記入	常勤・非常勤の別	氏名	資格	資格取得年月日	兼務先事業所名 (兼務がある場合のみ)
	週当たりの勤務時間	採用年月日(勤務年数)			
管理者	常勤・非常勤				
	週 h	( )			
	常勤・非常勤				
	週 h	( )			
	常勤・非常勤				
	週 h	( )			
	常勤・非常勤				
	週 h	( )			
	常勤・非常勤				
	週 h	( )			
	常勤・非常勤				
	週 h	( )			
	常勤・非常勤				
	週 h	( )			
	常勤・非常勤				
	週 h	( )			

- ※注 ① 常勤職員とは、施設の就業規則で定められている週当たりの勤務時間数の勤務をする方です。  
非常勤職員とは、週当たりの勤務時間数が施設の就業規則で定められている週当たりの勤務時間を下回る方です。
- ② 「週当たりの勤務時間」欄については、雇用契約書等に基づく勤務時間数を記入してください。  
(例：週○時間、週○日○時間、月○日○時間 等)
- ③ 記入欄が不足する場合は、この様式をコピーし追加して作成してください。
- ④ 職名は設置運営指導指針に定められている職名（管理者、生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員、栄養士、調理員）で記入すること。
- ⑤ 立入検査当日に所属している従業員（採用予定を含む）について記入してください。

### 3 入居者の状況

※既存の資料を使用する場合は、こちらの様式の項目が記載されているものを提出してください。

No	居室の 番号又は 名称	入居者氏名	年齢	要支援 要介護 状態区分	利用者状況 (入院、経管栄養、 喀痰吸引、褥瘡、身 体拘束の有無(態 様)、センサー等によ る見守りの有無等)	入居開始 年月日	利用している 介護サービス事業所名
例	101	鹿児島 花子	87	要支援 要介護3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経管栄養</li> <li>・喀痰吸引</li> <li>・昼夜逆転あり</li> <li>・ミトン着用</li> </ul>	H29.12.20	居宅介護支援事業所〇〇〇 〇〇〇デイサービスセンター 〇〇〇ヘルパーステーション
1				要支援 要介護			
2				要支援 要介護			
3				要支援 要介護			
4				要支援 要介護			
5				要支援 要介護			
6				要支援 要介護			
7				要支援 要介護			
8				要支援 要介護			
9				要支援 要介護			
10				要支援 要介護			

※注 記入欄が不足する場合は、この様式をコピーし追加して作成してください。