

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 -) 鹿児島市 町丁目											
	直通連絡先	電話番号	FAX番号		担当者名								
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	平成	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 (該当部分に○)	一般型												
	外部サービス利用型												
管理者	フリガナ			(郵便番号 -)									
	氏名	住所											
	生年月日												
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)												
	兼務する同一敷地内の		事業所等名称										
	他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)		兼務する職種 及び勤務時間										
利用者数		人 (前年の平均値, 新規の場合は推定値を記入)											
		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	
		常勤(人)											
		非常勤(人)											
		常勤換算後の人員(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		人										
	居室数												
	利用料		法定代理受領の場合 法定代理受領でない場合										
	その他の費用												
協力 医療 機関	名称		主な診療科目										
	名称		主な診療科目										
	名称		主な診療科目										
建物 構造 概要	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		人		※基準上の必要な数値		※適合の可否						
添付書類		別添のとおり											

- 備考
- 1 ※印の欄は、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 「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。
 - 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。
 - 5 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅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わかるような料金表を提出してください。