

記載例

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所の指定に係る記載事項

施設	フリガナ	カイゴロウジンフクシセツ ●●●●●●								
	名称	介護老人福祉施設 ●●●●●●								
	所在地	(郵便番号 ●●●● - ●●●●) 浜松市●●区●●町●●-●●								
連絡先	電話番号	●●●●-●●●●-●●●●	FAX番号	●●●●-●●●●-●●●●						
	電子メールアドレス	●●●●@●●●●.●●●●								
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文			第●●条第●●項							
管理者	フリガナ	●●●●●●	住所	浜松市●●区●●●●-●●						
	氏名	●●●●								
	生年月日	●●年●●月●●日								
	当該施設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）	名称									
	介護保険事業所番号									
		兼務する職種及び勤務時間等	管理者 ●●:●●~●●:●●							
本体施設	種別	介護老人福祉施設		介護保険事業所番号	●●●●●●●●●●					
	名称	特別養護老人ホーム ●●●●		開設年月日	平成●●年●●月●●日					
併設事業所	種別			介護保険事業所番号						
	名称			開設年月日						
指定短期入所生活介護	実施の有無	有 ・ 無		事業の実施形態	空床利用型 ・ 併設事業所型					
入所者数（推定数）	●●人		短期入所利用者数（推定数）	人						
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	
	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			
	常勤（人）	●	●	●	●	●	●			
	非常勤（人）	●	●	●	●	●	●			
	※ 基準上の必要人数（人）									
	※ 適合の可否									
	栄養士を配置しない場合の措置									
設備基準項目			地域密着型介護老人福祉施設			短期入所生活介護（実施する場合のみ記入）				
			※基準上の必要数値		※適合の可否	※基準上の必要数値		※適合の可否		
居室	1室当たりの最大定員	●●	人	人以下		人		人以下		
	利用者1人当たりの最小床面積	●●	m ²	m ² 以上		m ²		m ² 以上		
食堂及び機能訓練室の合計面積			●●	m ²	m ² 以上		m ²		m ² 以上	
廊下	片廊下の幅	●●	m	m以上		m		m以上		
	中廊下の幅	●●	m	m以上		m		m以上		
主な揭示事項	入所（利用）定員	●●人		人						
	法定代理受領分	介護報酬告示上の額の負担割合に応じた額								
	法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額								
	その他の費用	食費●●●●●円/日								
協力病院等	名称	●●病院			診療科名	総合				
	名称	●●歯科			診療科名	歯科				
運営推進会議の有無			有 ・ 無							

- 備考
- 1 ※印の欄には、記入しないこと。
 - 2 「指定短期入所生活介護」欄の「実施の有無」欄及び「事業の実施形態」欄は、該当するものを○で囲むこと。
 - 3 「短期入所利用者数」欄は、併設事業所型で短期入所生活介護を実施する場合のみ記入すること。
 - 4 「従業者の職種・員数」欄には、地域密着型介護老人福祉施設の従業者数と短期入所生活介護事業所の従業者数を合計した数を記入すること。
 - 5 協力歯科医療機関がある場合は、「協力病院等」欄に併せて記載すること。
 - 6 「運営推進会議の有無」欄は、該当するものを○で囲むこと。
 - 7 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。