

付表 1 0 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者の指定更新に係る記載事項

※受付番号

事業所	フリガナ 名称											
	所在地	(郵便番号 -)										
		(ビルの名称等)										
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	
施設区分 (該当施設に○)	有料老人ホーム				施設開設年月日							
	軽費老人ホーム				施設開設年月日							
	サービス付き高齢者向け住宅				施設開設年月日							
	養護老人ホーム				施設開設年月日							
管理者	フリガナ 氏名					住所	(郵便番号 -)					
	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)											
	兼務する同一敷地内の 他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記載)	名称										
		兼務する職種 及び勤務時間等										
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	
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)												
※基準上の必要人数 (人)												
※適合の可否												
主な 掲 示 事 項	入所定員											
	居室数											
	利用料		法定代理受領分 (一割負担分)									
			法定代理受領分以外									
その他の費用												
協 機 力 医 療 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						
外部サービス利用型の 場合 受託居宅サービス事業所の 名称及び所在地	訪問介護	名称				所在地						
	訪問看護	名称				所在地						
	通所介護	名称				所在地						
		名称				所在地						
		名称				所在地						
建 造 物 の 概 要	建物の構造											
	耐火建築物、準耐火建築物の別											
	介護居室の1室の最大定員			※基準上の必要数値			※適合の可否					
			人			人以下						
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 「主な掲示事項」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」に併せて記載してください。

記入例

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者の指定更新に係る記載事項

										※受付番号				
事業所	フリガナ	ユウリョウロウジンホームマルマルソウ												
	名称	有料老人ホーム○●荘												
	所在地	(郵便番号760-0011) 香川県高松市番町4丁目1番10号												
		(ビルの名称等)												
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2条 第1項 第3号							
施設区分 (該当施設に○)	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			施設開設年月日										
	高齢者専用賃貸住宅													
管理者	フリガナ	カガワハジメ				住所	(郵便番号768-0031) 高松市番町4丁目							
	氏名	香川一												
	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)					計画作成担当者								
兼務する同一敷地内の 他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記載)	名称													
	兼務する職種 及び勤務時間等													
利用者数	31人		(前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)											
	要介護者	21人				要支援者	10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	専従	兼務	専従	兼務				
	常勤(人)	1		1	1	10			1		1			
	非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)	1		1.5		10								
	※基準上の必要人数(人)													
	※適合の可否													
主な 掲 示 事 項	入所定員	50人												
	居室数	50												
	利用料	法定代理受領分(介護報酬告示上の額に介護保険負担割合証に定める割合を乗じた額)												
		法定代理受領分以外 介護報酬告示上の額												
その他の費用	家賃、食材料費、オムツ代等													
協 機 力 医 療 関 連	名称	△▼総合病院				主な診療科名 内科、外科、整形外科他								
	名称	□■歯科医院				主な診療科名 歯科								
	名称					主な診療科名								
建 造 物 の 概 要	建物の構造	鉄骨造3階建て												
	耐火建築物、準耐火建築物の別	耐火建築物												
	介護居室の1室の最大定員					※基準上の必要数値		※適合の可否						
		1人				人以下								
添付書類	別添のとおり													

別添

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

指定（許可）更新申請に係る添付書類一覧

※受付番号

主たる事業所・施設の名称

番号	添付書類 (更新前の届出内容からの変更がない場合は、「書類省略不可」以外のものは添付不要)	申請する事業・施設の種類			参考様式	更新前届出内容からの変更の有無	
		特定施設	介護予防			有	無
1	申請者の登記事項証明書又は条例等					有	無
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 (組織体制図、免許・雇用契約書の写等)				参考様式 1	有	無
3	事業所の平面図・位置図				参考様式 3	有	無
4	事業所の部屋別施設一覧表				参考様式 4	有	無
5	事業所の設備等に係る項目一覧表				参考様式 5	有	無
6	運営規程 ※変更有の場合は、新旧対照表を併せて添付 (入所契約書様式及び業務委託の場合は委託契約書の写等)				参考例	有	無
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要				参考様式 6	有	無
8	協力医療機関・協力歯科医療機関との契約の内容					有	無
9	介護保険法第 70 条第 2 項各号（又は法第 115 条の 2 第 2 項各号。）に該当しないことを誓約する書面				参考様式 9-1-(1)	書類省略不可	
10	介護支援専門員の氏名及びその登録番号				参考様式 10	有・無書類省略不可	
11	外部サービス利用型特定施設入居者生活介護において、 受託居宅サービス事業者が事業を行う事務所の名称及び所在地並びにその事業者の名称及び所在地					有	無
12	その他（建築基準法の規定による検査済証、消防設備等検査済証、損害保険証書、賃貸借契約書等）				参考様式 11 等	有	無

- 備考 1 ※印の欄は、記入しないでください。
 2 参考様式、参考例を掲示しているので、適宜修正のうえ使用してください。
 3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。
 4 添付書類の詳細については、申請書類確認票をご確認ください。

記入担当者連絡先		
事業所名		
担当者名		
連絡先	電話番号	FAX番号