

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に係る記載事項

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(〒 -) 広島県 福山市								
	連絡先	電話番号				FAX番号				
	E-mailアドレス									
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				入居者の要件 (該当部分に○)	介護専用型				
	軽費老人ホーム					介護専用型以外				
	養護老人ホーム				サービスの提供形態 (該当部分に○)	一般型				
	サービス付き高齢者向け住宅(有料老人ホームの定義に該当するもの)					外部サービス利用型				
施設開設年月日					年 月 日					
管	フリガナ				住所	(〒 -)				
	名前									
	生年月日									
理者	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他の事業所又は施設(兼務の場合記入)	事業所等名称			兼務する職種及び勤務時間等					
利用者数		人								
		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	専従	専従	専従	専従	専従	専従	専従	
		兼務	兼務	兼務	兼務	兼務	兼務	兼務	兼務	
		常勤(人)								
非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)										
主な 揭示 事項	入居定員	人			居室数	室				
	利用料	法定代理受領分			介護報酬告示上の額の1割又は2割 (負担割合証の割合に準ずる)					
		法定代理受領分以外			介護報酬告示上の額					
	その他の費用									
機 協 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					
構 建 物 概 要	建物の構造									
	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					
添付書類		別添のとおり								

- 備考 1 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すること。
 2 協力歯科医療機関がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載すること。
 3 「利用者数」については、新規の場合は「推定数」を、前年度実績がある場合は「前年度の平均値」を記入すること。
 4 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。