

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		
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								
管理者	フリガナ				住所	(〒 -)							
	名前												
	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			
		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、2割又は3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												
協力医療機関	名称					主な診療科名							
	名称					主な診療科名							
	名称					主な診療科名							
建造物の概要	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。