

地域密着型介護老人福祉施設の指定に係る記載事項

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------|-----------|-----------|------|----|
| 施設 | 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 | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ 名前 | | | 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) | 事業所等名称 | | | | 介護保険事業所番号 | | |
| | | 兼務する職種 | | | | | | |
| | | 勤務時間 | : ~ : | | | | | |
| | 本体施設の有無 | 有 ・ 無 | | 併設事業所の名称・定員 | | 人 | | |
| 併設事業所の有無 | 有 ・ 無 | | 事業の実施形態 | | | | | |
| 短期入所生活介護の有無 | 有 ・ 無 | | 空床型 ・ 併設型 | | | | | |
| 入所者数(推定数を記入) | 人 | | 短期入所利用者数(併設型の場合) | | 人(推定数を記入) | | | |
| 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 |
| 地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数 | | 常勤(人) | | | | | | |
| | | 非常勤(人) | | | | | | |
| 常勤換算後の人数(人) | | / | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数 | | 常勤(人) | | | | | | |
| | | 非常勤(人) | | | | | | |
| 常勤換算後の人数(人) | | / | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 設備基準上の数 値記載項目等 | 居室 | 1室の最大定員 | 人 | | / | | | |
| | | 入所者1人あたりの最小床面積 | ㎡ | | | | | |
| | 食堂と機能訓練室の合計面積 | | ㎡ | | | | | |
| | 廊下 | 片廊下の幅 | m | | | | | |
| | | 中廊下の幅 | m | | | | | |
| 揭示主な項 | 入所(利用)定員 | | 人 | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | |
| 病院等 協力 | 名称 | | | | 主な診療科名 | | | |
| | 名称 | | | | 主な診療科名 | | | |
| | 名称 | | | | 主な診療科名 | | | |
| 添付書類 | | 別添のとおり | | | | | | |

- 備考 1 「基準上の必要人数」「適合の可否」欄は、記入しないこと。
 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すること。
 3 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態(空床型・併設型の別)」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方に○を付すこと。
 4 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の主な揭示事項、設備基準上の数値記載項目等欄については、記入を要しない。
 5 「※兼務」欄は、当該施設において他の職務と兼務する職員について記入すること。(短期入所生活介護との兼務は除く)