

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										
	直通連絡先	直通電話番号					FAX番号					
E-mailアドレス												
管理者	フリガナ					住所	(〒 - )					
	名前											
	生年月日											
	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									
短期入所生活介護の有無		有 ・ 無		事業の実施形態			空床型 ・ 併設型					
入所者数		人				短期入所利用者数			人			
従業者の職種・員数	介護老人福祉施設従事人数		常勤(人)		医師		生活相談員		看護職員		介護職員	
			非常勤(人)		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤換算後の人数(人)											
	介護老人福祉施設従事人数		常勤(人)		栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置していない場合の措置	
			非常勤(人)		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	居室		1室の最大定員						人			
		入所者1人あたりの最小床面積						m <sup>2</sup>				
食堂及び機能訓練室合計面積								m <sup>2</sup>				
廊下		片廊下の幅						m				
		中廊下の幅						m				
建物		構造概要										
		面積						m <sup>2</sup>				
主な揭示事項	入所定員		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											
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 「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。
  - 3 「入所者数」及び「短期入所利用者数」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。