付表14

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 | | (郵便番号　　―　　　　)  京都府　　　　　　郡・市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | | |  | | | | | | |
| メールアドレス | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管  理  者 | | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | 住所 | | | (郵便番号　　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の  従業者との兼務(兼務の場合記入) | | | | | | | | | | | 名 称 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 短期入所生活介護の実施 | | | | | | | 有 ・ 無 | | | | | | | | | | 事業の実施形態 | | | | | | | | | | | | 空床型　・　併設型 | | | | | |
| 入所者数 | | | | | | | 人(推定数を記入) | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | 看護職員 | | | | | 介護職員 | | |
| 専従 | | | 兼務 | | | | 専従 | | | | 兼務 | | | 専従 | | | 兼務 | | 専従 | | 兼務 |
| 介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数(人) | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | 栄養士 | | | | | | | 機能訓練指導員 | | | | | | | 介護支援専門員等 | | | | | 栄養士を配置しない場合の措置 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | 専従 | | ※兼務 | | | | | 専従 | | | | ※兼務 | | | 専従 | | | 兼務 | |
| 介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数(人) | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 設備基準上の数値記載項目等 | | | | | | | | | | 介護老人福祉施設 | | | | | | | | | | | | | 短期入所生活介護 | | | | | | | | | | | |
| ＊基準上の必要数値 | | | | | | | | | ＊適合の可否 | | | |  | | | | ＊基準上の必要数値 | | | | | | ＊適合の可否 | |
| 居室 | | 1室当たりの最大定員 | | | | | | | | 人 | | | 人以下 | | | | | |  | | | | 人 | | | | 人以下 | | | | | |  | |
| 利用者1人当たりの最小床面積 | | | | | | | | m2 | | | m2以上 | | | | | |  | | | | m2 | | | | m2以上 | | | | | |  | |
| 廊下 | | 片廊下の幅 | | | | | | | | m | | | m以上 | | | | | |  | | | | m | | | | m以上 | | | | | |  | |
| 中廊下の幅 | | | | | | | | m | | | m以上 | | | | | |  | | | | m | | | | m以上 | | | | | |  | |
| 食堂と機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | m2 | | | m2以上 | | | | | |  | | | | m2 | | | | m2以上 | | | | | |  | |
| 主な掲示事項 | | | | 利用定員 | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | | | | 法定代理受領分(利用者負担分) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |  | | | |
| 名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | 主な診療科名 | | | | | | | | |  | | | |
| 添付書類 | | | | | | | | | | | 別記のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注1　＊の付いている「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は、記入しないでください。

2　記入欄が不足する場合は、別に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、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4　この様式は、法施行後に新たに設置された介護老人福祉施設が申請を行う場合について使用してください。

5　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については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方に○印を付けてください。

6　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提示事項、設備基準上の数値記載項目等欄については、記載を要しません。

7　「※兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記載してください。

8　介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し、経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は「介護支援専門員等」欄に記載してください。