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所の指定に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | | 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 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設区分  (該当欄に◯印) | | | | | | | | | 有料老人ホーム | | | | | | | | | | | |  | | | 施設開設年月日 | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 軽費老人ホーム | | | | | | | | | | | |  | | |
| サービス付き高齢者向け住宅 | | | | | | | | | | | |  | | |
| 養護老人ホーム | | | | | | | | | | | |  | | |
| 入居者の要件  (該当欄に◯印) | | | | | | | | | 介護専用型 | | | | | | | | | | | |  | | |
| 介護専用型以外 | | | | | | | | | | | |  | | |
| サービスの提供形態  (該当欄に◯印) | | | | | | | | | 一般型 | | | | | | | | | | | |  | | |
| 外部サービス利用型 | | | | | | | | | | | |  | | |
| 管理者 | | | | フリガナ | | | | | |  | | | | | | | | | | | 住所 | | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 当該特定施設で兼務する他の職種(兼務の場合記入) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入) | | | | | | | | | | | | | | 名称 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種及び  勤務時間等 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 利用者数 | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | (前年度の平均値、新規の場合は推定数を記入) | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | 兼務 | | | | 専従 | 兼務 | | | | 専従 | | | 兼務 | | | | 専従 | | | | 兼務 | | 専従 | | | 兼務 |
| 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 | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 主な掲示事項 | | | 入居定員 | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居室数 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | |  | | |
| 建物の構造・概要 | | | | | | 耐火建築物、準耐火建築物の別 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護居室の1室の最大定員 | | | | | | | | | | | | | | | | ＊基準上の必要数値 | | | | | | | | | | | | | ＊適合の可否 | |
| 人 | | | | | | | | | | | | | | | | 人以下 | | | | | | | | | | | | |  | |
| 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　「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。

5　当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。

別記

指定申請に係る添付書類一覧

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 添付書類 | 申請する事業・施設の種類 | | 備考 |
| 特定施設 | 介護予防  特定施設 |
| 1 | 申請者の登記事項証明書又は条例等 |  |  |  |
| 2 | 申請法人等の概要 |  |  |  |
| 3 | 経歴書(管理者等) |  |  |  |
| 4 | 従業者一覧表 |  |  |  |
| 5 | 従業者の資格を証する書類(看護師等の免許証の写し) |  |  |  |
| 6 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |  |  |  |
| 7 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |  |  |  |
| 8 | 事業所の平面図 |  |  |  |
| 9 | 事業所の部屋別一覧表 |  |  |  |
| 10 | 事業所の設備等に係る一覧表 |  |  |  |
| 11 | 建築確認済証の写し |  |  |  |
| 12 | 運営規程 |  |  |  |
| 13 | 重要事項説明書 |  |  |  |
| 14 | 利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要 |  |  |  |
| 15 | 協力医療機関及び協力歯科医療機関との契約の内容 |  |  |  |
| 16 | 受託居宅サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地 |  |  |  |
| 17 | 既指定事業所の状況 |  |  |  |
| 18 | 誓約書 |  |  |  |

注　1　書類を添付した項目欄に○印を付けてください。ただし、複数の事業所等に共通する添付書類については、◎印を付けてください。

　　2　5について、添付書類が複数枚ある場合は、備考欄にその合計枚数を記入してください。

　　3　11について、建物が未完成の場合は、完成後に提出してください。

　　4　16については、外部サービス利用型の場合のみ添付してください。