付表第一号(十五) 介護老人福祉施設の指定等に係る記載事項

施設	法人番号				
	フリガナ				
	名　称				
	所在地	(郵便番号　　－　　) 都　道 府　県　　市　区 町　村			
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX 番号	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号　　－　　)	
	氏　名				
	生年月日				
	当該施設で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地			
		兼務先のサービス種別、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	
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		

サービス提供単位1

介護形式(いずれか一方を選択)			□　従来型				□　ユニット型			
○人員に関する基準の確認に必要な事項										
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	※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		常　勤(人)								
		非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)										
			栄養士・管理栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員等			
			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		常　勤(人)								
		非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)										
入所者数		人(推定数を記入)	短期入所利用者数		人(推定数を記入)					
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
			介護老人福祉施設		短期入所生活介護					
居室	1室あたりの最大定員		人		人					
	利用者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		m					
	中廊下の幅		m		m					
建物の構造			□耐火建築物　□準耐火建築物　□その他							
入所定員			人							

サービス提供単位2

介護形式(いずれか一方を選択)			□　従来型				□　ユニット型			
○人員に関する基準の確認に必要な事項										
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	※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		常　勤(人)								
		非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)										
			栄養士・管理栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員等			
			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		常　勤(人)								
		非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)										
入所者数		人(推定数を記入)	短期入所利用者数		人(推定数を記入)					
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
			介護老人福祉施設		短期入所生活介護					
居室	1室あたりの最大定員		人		人					
	利用者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		m					
	中廊下の幅		m		m					
建物の構造			□耐火建築物　□準耐火建築物　□その他							
入所定員			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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
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チェックをしてください。
3　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設備に関する基準の確認に必要な事項欄については、記載を要しません。
4　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
5　従業者の職種・員数の「※兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う従業者について記載してください。
6　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。

（参考） 介護老人福祉施設の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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	