付表６　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請（開設）者 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | | | | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者連絡先 | | | | | 電話番号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | | | | | |  | | | | | |
| 代表者 | 代表者の職・氏名  ・生年月日 | | | | | 職名 | |  | | | | | | | | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | |  | | | | | | | | 生　年　月　日 | | | | | |
| 氏　名 | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| 住所 | | | | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | 電話番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | | | | | |  | | | | | |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 第　　条第　　項第　　号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | |  | | | | | | | | | | 住所 | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | |
| 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、施設又は本体施設の従業者との兼務  （兼務の場合のみ記入） | | | | | | | | | | 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | 事業所番号 | | | | |  | | | | |
| 兼務する職種  及び勤務時間等 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |
|  | 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） | | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |
| 常勤換算上の人数（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 | | | | | | | 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 | | |
|  | 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） | | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | |  | | |  |
| 常勤換算上の人数（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 | | | | | | | | | | 地域密着型介護老人福祉施設 | | | | | | | | | | | | | | | 短期入所生活介護 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 基準上の必要値 | | | | | | | 適合の可否 | | | |  | | | | 基準上の必要値 | | | | | 適合の可否 | | |
|  | 居室 | １室の最大定員 | | | | | | | | 人 | | | | 人以下 | | | | | | |  | | | | 人 | | | | 人以下 | | | | |  | | |
| 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 | | | | ｍ | | | | | | |  | | | | ｍ | | | | ｍ | | | | |  | | |
| 中廊下の幅 | | | | | | | | ｍ | | | | ｍ | | | | | | |  | | | | ｍ | | | | ｍ | | | | |  | | |
| 主な掲示事項 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | 入所（利用）定員 | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | 法定代理受領分 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 協力病院 | | | 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 主な診療科目 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 主な診療科目 | | | | | |  | | | | | | | | |

備考　１　「基準上の必要人数」「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、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主な掲示事項、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。

４　当該指定地域密着型介護福祉施設サービス以外のサービスを実施する場合には、当該地域密着型介護福祉施設サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。