

付表6 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護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 -) 県 都市							
	連絡先	電話番号			FAX番号				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏名								
	生年月日								
	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							
本体施設の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	併設事業所の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
短期入所生活介護の実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業の実施形態		<input type="checkbox"/> 空床型 <input type="checkbox"/> 併設型				
療協 機力 関医	名称			主な診療科名					
	名称			主な診療科名					
○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
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)								
常勤換算後の人数(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)								
常勤換算後の人数(人)									
入所者数(推定数を記入)		人		短期入所利用者数(併設型の場合)		人(推定数を記入)			
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
		地域密着型介護老人福祉施設		短期入所生活介護					
居室	1室の最大定員	人		人					
	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					
	中廊下の幅	m		m					
入居定員		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別様に記載した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 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。
 4 従業員の職種・員数の「*兼務」欄は、短期入所生活介護以外の兼務を行う職員について記載してください。
 5 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。
 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「設備に関する基準の確認に必要な事項」欄については、記載不要です。