

別紙 10 特定施設入居者生活介護事業者・介護予防特定施設入居者生活介護事業者の指定に係る審査事項

※受付番号										
事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 - )								
		(ビルの名称等)								
直通連絡先	直通電話番号					FAX番号				
	E-mail									
施設区分 (該当施設に○を記入してください。)	有料老人ホーム		施設開設年月日	年	月	日				
	軽費老人ホーム		施設開設年月日	年	月	日				
	養護老人ホーム		施設開設年月日	年	月	日				
入居者の要件	<input type="checkbox"/> 介護専用型				<input type="checkbox"/> 介護専用型以外					
サービスの提供形態	<input type="checkbox"/> 一般型				<input type="checkbox"/> 外部サービス利用型					
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )		生年月日		
	氏名									
	当該特定施設入居者生活介護事業所等で兼務する他の職種									
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設		事業所等の名称		兼務する職種及びその職種に従事する時間等					
利用者数	人 (前年の平均値 (新規の場合は推定数))									
	要介護者				要支援者					
従業者の職種及び員数	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										
建物の構造概要	構造									
	種別									
	介護居室の1室の最大定員		人		※基準上の必要数値		※適合の可否			
主な揭示事項	入居定員								人	
	居室数								室	
	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										
協力医療機関	名称			診療科名						
	名称			診療科名						
	名称			診療科名						

- 注1 ※印の欄は、記入しないこと。
- 2 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すこと。
- 3 協力歯科医療機関がある場合は、「協力医療機関」の欄に併せて記入すること。
- 4 次に掲げる書類を添付すること。
- (1) 申請者の登記事項証明書又は条例等
  - (2) 建物の構造概要を記載した書類及び平面図並びに設備の概要を記載した書類
  - (3) 運営規程
  - (4) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類
  - (5) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
  - (6) 協力医療機関（協力歯科医療機関を含む。）との契約の内容を記載した書類
  - (7) 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第114条第1項第10号に規定する誓約書
  - (8) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号を記載した書類
  - (9) 当該指定居宅サービス又は指定介護予防サービス以外のサービスを実施しようとするときは、当該指定居宅サービス又は指定介護予防サービスに係る部分とそれ以外のサービスに係る部分の料金の状況が分かる料金表
  - (10) 入居者との契約書の写し
  - (11) 業務の全部又は一部を他の事業者に行わせる場合にあつては、受託事業者名及び事業所名を記載した書類並びに当該委託契約書の写し
- 5 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。