

										※受付番号					
施設	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					
管理者	フリガナ		住所		(郵便番号 -)						生年月日				
	氏名				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								
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設														
短期入所生活介護等の有無		有・無				事業の実施形態				空床型・併設型					
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)					
従業者の職種及び員数		介護職員				看護職員									
		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															
従業者の職種及び員数		医師		生活相談員		栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置していない場合の措置			
		専従		兼務		専従		兼務		専従				兼務	
		常勤(人)													
		非常勤(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						※基準上の必要数値				※適合の可否					
居室		1室の最大定員		人		人以下									
		入所者1人当たり最小床面積		平方メートル		平方メートル以上									
廊下		片廊下の幅		メートル		メートル以上									
		中廊下の幅		メートル		メートル以上									
食堂及び機能訓練室の合計面積		平方メートル		平方メートル以上											
建物の構造概要															
面積		平方メートル		平方メートル以上											
主な揭示事項	入所定員		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				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 協力歯科医療機関がある場合は、「協力病院」の欄に併せて記入すること。

3 次に掲げる書類を添付すること。

(1) 開設者の登記事項証明書又は条例等

(2) 特別養護老人ホームの認可証等の写し

(3) 併設する施設がある場合にあっては、当該併設する施設の概要を記載した書類

(4) 建物の構造概要を記載した書類及び各室の用途を明示した平面図並びに設備の概要を記載した書類

(5) 運営規程

(6) 入所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

- (7) 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
 - (8) 協力病院（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
 - (9) 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第134条第1項第14号に規定する誓約書
 - (10) 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
 - (11) 当該指定介護老人福祉施設サービス以外のサービスを実施しようとするときは、当該指定介護老人福祉施設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
- 4 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。