

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 ー )<br>県 都市                                     |                                                       |        |                  |          |                                                           |                                                       |                    |      |  |  |
|                             | 連 絡 先                                       | 電話番号                                                  |                                                       | FAX 番号 |                  |          |                                                           |                                                       |                    |      |  |  |
|                             |                                             | Email                                                 |                                                       |        |                  |          |                                                           |                                                       |                    |      |  |  |
| 管<br>理<br>者                 | フリガナ                                        |                                                       |                                                       |        |                  | 住所       | (郵便番号 ー )                                                 |                                                       |                    |      |  |  |
|                             | 氏 名                                         |                                                       |                                                       |        |                  |          | 県                                                         | 都市                                                    |                    |      |  |  |
|                             | 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<br>(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 |                                                       |                    |      |  |  |
| 協力医<br>療機関                  | 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)                 |                                             |                                                       |                                                       |        |                  |          |                                                           |                                                       |                    |      |  |  |
| 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 |                                             |                                                       | 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<br>場合の措置 |      |  |  |
|                             |                                             |                                                       | 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)                 |                                             |                                                       |                                                       |        |                  |          |                                                           |                                                       |                    |      |  |  |
| 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          |                                             |                                                       |                                                       |        |                  |          |                                                           |                                                       |                    |      |  |  |
| 居室<br>廊下                    |                                             |                                                       | 地域密着型介護老人福祉施設                                         |        |                  | 短期入所生活介護 |                                                           |                                                       |                    |      |  |  |
|                             |                                             |                                                       | 1室の最大定員                                               |        |                  | 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                                         |        |                  | ㎡        |                                                           |                                                       |                    |      |  |  |
|                             |                                             |                                                       | 片廊下の幅                                                 |        |                  | m        |                                                           |                                                       |                    |      |  |  |
|                             |                                             |                                                       | 中廊下の幅                                                 |        |                  | 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と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。

(別添)

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 添付書類・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

|    | 添付書類                          | 参考様式  | 新規指定申請<br>(※1)              | 更新申請<br>(※2)                                                 | 備考 |
|----|-------------------------------|-------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------|----|
| 1  | 登記事項証明書又は条例等                  |       | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付<br><input type="checkbox"/> 添付省略 |    |
| 2  | 特別養護老人ホームの認可証等の写し             |       | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付<br><input type="checkbox"/> 添付省略 |    |
| 3  | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表             | 参考様式1 | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付<br><input type="checkbox"/> 添付省略 |    |
| 4  | 資格証の写し                        | 参考様式3 | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付<br><input type="checkbox"/> 添付省略 |    |
| 5  | 平面図                           | 参考様式3 | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付<br><input type="checkbox"/> 添付省略 |    |
| 6  | 設備・備品等一覧表                     | 参考様式4 | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付<br><input type="checkbox"/> 添付省略 |    |
| 7  | 本体施設の概要、本体施設との間の移動経路、方法及び移動時間 |       | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付<br><input type="checkbox"/> 添付省略 |    |
| 8  | 併設する施設の概要                     |       | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付<br><input type="checkbox"/> 添付省略 |    |
| 9  | 建築基準法上の検査済証の写し                |       | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付<br><input type="checkbox"/> 添付省略 |    |
| 10 | 運営規程                          |       | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付<br><input type="checkbox"/> 添付省略 |    |
| 11 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要      | 参考様式5 | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付<br><input type="checkbox"/> 添付省略 |    |
| 12 | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容       |       | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付<br><input type="checkbox"/> 添付省略 |    |
| 13 | 誓約書                           | 参考様式6 | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付                                  |    |
| 14 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号            | 参考様式7 | <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 添付                                  |    |

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。  
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。  
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

提出者(問合先)

|         |  |
|---------|--|
| 事業所名    |  |
| 担当者名    |  |
| 電 話     |  |
| メールアドレス |  |