

養護老人ホーム設置届

年 月 日

徳島県知事 殿

所在地

届出者 名称

代表者職名・氏名

老人福祉法に規定する施設を設置したいので、老人福祉法第15条第3項の規定により届け出ます。

		法人番号		
経営者・法人	フリガナ 氏名(名称)			
	住所(主たる事業所の所在地)	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村		
	連絡先	電話番号 (内線)	FAX番号	
		Email		
	法人等の種類			
法人の吸収合併又は吸収分割における届出時に☑		☐		
届出を行う施設の種類及び内容	施設の種類	届出対象施設(該当事業に○)	事業開始の予定年月日	様式
	老人デイサービスセンター			
	老人短期入所施設			
	老人介護支援センター			
	養護老人ホーム			様式第4号の2付表
	特別養護老人ホーム			
	有料老人ホーム			
施設	介護保険事業所番号	(既に介護保険法上の指定を受けている場合)		
	フリガナ 名称			
	所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村		
	連絡先	電話番号 (内線)	FAX番号	
		Email		
	事業を行おうとする区域			
	入所/入居定員	人		
居室数 ※有料老人ホームの場合のみ	室			
施設管理者/	フリガナ	住所 ※有料老人ホームの場合のみ	(郵便番号 -)	
	氏名			
○職員の定数及び職務の内容 ※有料老人ホームの場合には記入不要				
職種	職務内容	定数		
		人		
		人		
		人		
		人		
添付書類	別添のとおり			

様式第4号の2付表(養護老人ホーム用)

施設	法人番号						
	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号)			
		都 道		市 区			
		府 県		町 村			
連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号			
	Email						
主な職員	フリガナ						
	氏名						
入所者数		人(推定数を記入)					
○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		施設長		医師		生活相談員	
		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)							
従業者の職種・員数		支援員		看護職員		栄養士	
		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)							
○設備に関する基準の確認に必要な事項							
居室	1室あたりの最大定員	人					
	入所者1人あたりの最小床面積	㎡					
廊下	片廊下の幅	m					
	中廊下の幅	m					
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他	
添付書類		別添のとおり					