

特別養護老人ホーム設置届

年 月 日

所在地  
 徳島県知事 殿  
 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<br>氏名(名称) |                             |            |           |
|                                 | 住所(主たる事業所の所在地) | (郵便番号 - )<br>都道 市区<br>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        |                             |            |           |
|                                 | 特別養護老人ホーム      |                             |            | 様式第4号の3付表 |
| 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<br>名称     |                             |            |           |
|                                 | 所在地            | (郵便番号 - )<br>都道 市区<br>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<br>※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3(特別養護老人ホーム用)

|                    |                 |   |    |   |       |  |    |      |    |
|--------------------|-----------------|---|----|---|-------|--|----|------|----|
| 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              |   |    |   |       |  |    |      |    |
| 協力医療機関             | 名称              |   |    | 主な診療科名  |       |  |    |      |    |
|                    | 名称              |   |    | 主な診療科名  |       |  |    |      |    |
|                    | 名称              |   |    | 主な診療科名  |       |  |    |      |    |
|                    | 名称              |   |    | 主な診療科名  |       |  |    |      |    |
| 介護形式(いずれか一方を選択)    |                 |   |    | <input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型 |       | <input type="checkbox"/> 地域密着型 <input type="checkbox"/> ユニット型地域密着型 |    |      |    |
| ○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  |    | 介護職員 |    |
|                    |                 | 専従  | 兼務 | 専従  | 兼務    | 専従   | 兼務 | 専従   | 兼務 |
| 従事人数               | 常勤(人)           |   |    |   |       |  |    |      |    |
|                    | 非常勤(人)          |   |    |   |       |  |    |      |    |
| 常勤換算後の人数(人)        |                 |   |    |   |       |  |    |      |    |
|                    |                 | 看護職員  |    | 栄養士   |       | 機能訓練指導員  |    |      |    |
|                    |                 | 専従  | 兼務 | 専従  | 兼務    | 専従   | 兼務 |      |    |
| 従事人数               | 常勤(人)           |   |    |   |       |  |    |      |    |
|                    | 非常勤(人)          |   |    |   |       |  |    |      |    |
| 常勤換算後の人数(人)        |                 |   |    |   |       |  |    |      |    |
| 入所者数               |                 | 人(前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)  |    |   |       |  |    |      |    |
| ○設備に関する基準の確認に必要な事項 |                 |   |    |   |       |  |    |      |    |
| 居室                 | 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  |   |    |   |       |  |    | ㎡    |    |
|                    | 直接外気に面して解放できる面積 |   |    |   |       |  |    | ㎡    |    |
| 静養室                | 入所者1人あたりの最小床面積  |   |    |   |       |  |    | ㎡    |    |
|                    | 直接外気に面して解放できる面積 |   |    |   |       |  |    | ㎡    |    |
| 食堂と機能訓練室の合計面積      |                 |   |    |   |       |  |    | ㎡    |    |
| 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  |    |   |       |  |    |      |    |