

特別養護老人ホーム設置認可申請書

年 月 日

所在地
 徳島県知事 殿
 届出者 名称
 代表者職名・氏名

次のとおり特別養護老人ホームを設置したいので、老人福祉法第15条第4項の規定により申請します。

		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☑								
届出を行う事業の種類及び内容	事業等の種類	届出対象事業等 (該当事業に○)	事業等の開始 予定年月日					
	老人居宅介護等事業							
	老人デイサービス事業							
	老人短期入所事業							
	小規模多機能型居宅介護事業							
	認知症対応型老人共同生活援助事業 複合型サービス福祉事業							
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)						
施設	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						
	事業開始の予定年月日							
施設長 氏 名	フリガナ							
主な職員 氏 名	フリガナ							
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					
入所定員		人						
○人員に関する基準の確認に必要な事項								
施設	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
	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(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		㎡					
	入所者1人あたりの最小床面積		㎡					
静養室	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						