

有料老人ホーム設置届

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29条第1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 -)				
		都道府県			市区町村	
	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 <input checked="" type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		
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					
	有料老人ホーム			様式第4号の4付表		
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 -)				
		都道府県			市区町村	
	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	(郵便番号 -)				
	氏名	住所 ※有料老人ホームの場合のみ				
○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4付表(有料老人ホーム用)

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										
介護サービスの提供有無		<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無							
○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		管理者		生活相談員		栄養士		調理員		介護職員	
		専従	兼務	専従	兼務	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)											
		看護職員		機能訓練指導員							
		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	利用者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									