

老人福祉施設 特別養護老人ホーム 設置認可の申請書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

届出者 所 在 地
名 称
代表者職名・氏名

老人福祉法に規定する特別養護老人ホームについて認可を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

		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	電子メールアドレス		
	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 type="checkbox"/>				
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				
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	電子メールアドレス		
	事業開始の予定年月日				
	施設長	フリガナ 氏 名			
	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			
入所定員		人			
○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)					
従業者の職種・員数	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	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		㎡		
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			