第6号様式（第3条関係）

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

山梨県知事　殿

所在地
申請者　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☑					

	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
届出を行う事業の種類及び内容	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　　－　　） 都道府県　　市区町村			
	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 フリガナ				
	施設長 氏　名				
	主な職員 フリガナ				
	主な職員 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）	□ 従来型 □ 地域密着型		□ ユニット型 □ 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 専従	施設長 兼務	医師 専従	医師 兼務	生活相談員 専従	生活相談員 兼務	介護職員 専従	介護職員 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 専従	看護職員 兼務	栄養士 専従	栄養士 兼務	機能訓練指導員 専従	機能訓練指導員 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		□ 耐火建築物　□ 準耐火建築物　□ その他
添付書類		別添のとおり

第8号様式（第5条関係）

老人福祉法に規定する老人福祉施設
廃止・休止・入所定員の減少・増加届出（認可申請）書

年　　月　　日

山梨県知事　殿

所在地

届出者（申請者）　名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業の廃止・休止又は入所定員の減少・増加を届出（認可申請）します。

介護保険事業所番号	
法人番号	

廃止・休止又は入所定員の減少・増加をする事業所	名称 所在地
サービスの種類	
廃止・休止・入所定員の減少・増加の別	□ 廃止　□ 入所定員の減少 □ 休止　□ 入所定員の増加
廃止・休止又は入所定員の減少・増加をする年月日	年　月　日
廃止・休止又は入所定員の減少・増加をする理由	
現に便宜若しくは援助を受け 又は入所している者に対する措置 （廃止・休止又は入所定員の減少をする場合）	
減少・増加後の入所定員	
休止予定期間	休止日　～　年　月　日

備考　廃止・休止又は入所定員の減少・増加の日の１月前までに届出（認可申請）してください。
入所定員の減少・増加は、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームのみが対象となります。