

*一連番号					地域
*調査番号					
*事業所番号					

[注] 1 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。
2 *印の箇所は施設では記入しないでください。

(1)法人名 (運営法人名を記入してください)										
(2)施設名										
(3)施設の所在地	〒 TEL()-()-()									
(4)活動の状況	☐ 1 活動中 ☐ 2 休止中 ☐ 3 廃止									
(5)開設年月	☐ 1 昭和 ☐ 2 平成 年 月									
(6)開設主体及び経営主体	開設主体	それぞれ該当する番号を選択し、左の各欄に記入してください。 01 都道府県 02 市区町村 03 広域連合・一部事務組合 04 日本赤十字社 05 社会福祉協議会 06 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 07 社団・財団法人(公益・一般) 08 01～07以外								
	経営主体									
(7)介護報酬上の届出	該当する施設の種類の○をつけてください。「*」が付いた施設への変更がある場合は、事務局までご連絡ください。 介護老人福祉施設(複数回答)					地域密着型介護老人福祉施設(複数回答)				
	☐ 1 介護福祉施設 ☐ 2 小規模介護福祉施設 ☐ 3 ユニット型介護福祉施設 ☐ 4 ユニット型小規模介護福祉施設					☐ 1 地域密着型介護福祉施設 ☐ 2 サテライト型介護福祉施設 ☐ 3 ユニット型地域密着型介護福祉施設 ☐ 4 ユニット型サテライト型地域密着型介護福祉施設				
(8)定員及び居室の状況	入所定員 (短期入所生活介護(ショートステイ)床の定員は含みません)		人							
	居室の状況									
	短期入所生活介護(ショートステイ)のみに使用している居室は除いて記入してください。									
	多床室				従来型個室		ユニット型			
	5人以上室	4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室	個室(準個室を含む)			
	室	室	室	室	室	室	室	室		
上記居室の一部に短期入所生活介護(ショートステイ)床を					☐ 1 含む ☐ 2 含まない					
(9)ユニットの状況	「(7)介護報酬上の届出」の種別が「3」または「4」に該当する場合のみ記入してください。 なお、ユニット型として届け出た居室について記入してください。									
	ユニットの規模(定員)	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット
(10)居住費の状況	各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。 居住費の室数と(8)居室の室数は一致させてください。									
	多床室	居住費(月額)	円	円	円	円	円	円	円	円
		室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室	室	室	室	室
	従来型個室	居住費(月額)	円	円	円	円	円	円	円	円
		室数	室	室	室	室	室	室	室	室
	ユニット型準個室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(月額)	円	円	円	円	円	円	円	円
		室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室	室	室	室	室
	ユニット型個室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(月額)	円	円	円	円	円	円	円	円
		室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室	室	室	室	室

*利用者個票	*利用者一覽票

