様式第１号（その１）付表３－１

小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| E-mail |  |
| 併設施設等 | 種別 |  | 名称 |  | 事業所番号 |  |
| 管　理　者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 氏名 |  |  |
| 生年月日 |  |  |
| 当該小規模多機能型居宅介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記載） |  |
| 併設する施設等の従業者との兼務（兼務の場合のみ記載） | 名称 |  | 事業所番号 |  |
| 兼務する職種、勤務時間等 |  |
|  |
| 通いサービスの利用者数（推定数を記載） | 　　　　　人 |
| 登録定員 | 人 | 通いサービスの利用定員 | 人 | 宿泊サービスの利用定員 | 人 |
| 従業者の職種・員数 | 介護従事者 | うち看護職員 | 介護支援専門員 |  |
| 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） |  |  |  |  |
| 基準上の必要人数（人） |  |  |  |  |
| 適合の可否 |  |  |  |  |
| 建物構造概要 | 耐火構造物、準耐火構造物等の別 |  |
| 居間及び食堂の合計面積 | ㎡ | 基準上の必要面積 | ㎡以上 | 適合の可否 |  |
| 個室以外の宿泊室の合計面積 | ㎡ | 宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数 | 人 | 基準上の必要数値 | ㎡以上 | 適合の可否 |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 |  |
| 営業時間 |  |
| 登録定員 | 　　　人 |
| 通いサービスの利用定員 | 　　　人 |
| 宿泊サービスの利用定員 | 　　　人 |
| 利用料 | 法定代理受領分（１割、２割又は３割負担分） |
| 法定代理受領分以外 |
| 食事の提供に要する費用 |  |
| 宿泊に要する費用 |  |
| 通常の事業実施地域 |  |
| 協力医療機関 | 名称 |  | 主な診療科名 |  |
| 名称 |  | 主な診療科名 |  |
| 添付書類 | 別紙のとおり |

備考

　　１　「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記載しないでください。

　　２　記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、別紙に記載した書類を添付してください。

　　３　「併設施設等」欄には、「指定認知症対応型共同生活介護事業所」「指定地域密着型特定施設」「指定地域密着型介護老人福祉施設」「指定介護療養型医療施設」「指定介護医療院」の別を記載してください。

　　４　「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。

　　５　当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かる料金表を提出してください。