様式第１号（その１）付表４

認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活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 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管　理　者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | 住所 | | | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 当該認知症対応型共同生活介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記載） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（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 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 共同生活住居数 | | | | | 戸 | | | | ① | | | | | ② | | | | |  | | | | |  | |
| 利用者数（推定数を記載） | | | | | 人 | | | | 人 | | | | | 人 | | | | |  | | | | |  | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | | | | 介護従業者 | | | | | 介護従業者 | | | | | 計画作成担当者 | | | | |  | |
| 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 | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |
| 主な掲示事項 | 居室数 | | | | | | | | 室  (うち個室　室) | | | | | 室  (うち個室　室) | | | | |  | | | |  | | |
| 利用定員 | | | | | | | | 人 | | | | | 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 | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | |
| その他の費用 | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | |
| 協力医療機関 | 名称 | |  | | | | | | | | 主な診療科名 | | | | | | | |  | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | 主な診療科名 | | | | | | | |  | | | | | | |
| 耐火構造物、準耐火構造物等の別 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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」「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　「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。

　　４　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。