

付表 8

看護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 )								
		(ビルの名称等)								
連 絡 先	電話番号				F A X 番号					
	E - m a i l									
併設施設等	種別				名称			事業所番号		
訪問看護事業所の指定の有無	(有・無)	病院、診療所、訪問看護ステーションの別								
	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									
者	事業所内の従業者との兼務の有無	(有・無)		(職種 : )						
	他事業所の従業者との兼務の有無	(有・無)		事業所の名称			事業所番号			
				兼務する職種及び勤務時間帯						
通いサービスの利用者数(推定数を記入)				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										
建築構造概要	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		m <sup>2</sup>		適合の可否					
	個室の宿泊室	室		うち床面積 6.4 m <sup>2</sup> 以上 7.43 m <sup>2</sup> 未満の宿泊室 (病院又は診療所である場合)			室			
	個室以外の宿泊室の合計面積	m <sup>2</sup>		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	m <sup>2</sup> 以上 適合の可否		
主な揭示事項	営業日									
	営業時間									
	利用料	法定代理受領分								
		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		主な診療科目	
	名 称		主な診療科目	
	名 称		主な診療科目	
	名 称		主な診療科目	
	名 称		主な診療科目	
運営推進会議の有無		有 ・ 無		
添付書類		別添のとおり		

- 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、記入しないでください。
  - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別葉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ような料金表を提出してください。