付表4―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

(表)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | (郵便番号　　　―　　　)  　　　　　県　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | | |  | | | | | | | |
| E-mail | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該事業の実施について定めてある定款等の条文 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 第　　　　条第　　　　項第　　　　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 併設 | | 事業所の種別 | | | | | | □認知症対応型共同生活介護事業所　　□地域密着型特定施設  □地域密着型介護老人福祉施設　　　　□介護療養型医療施設　　□介護医療院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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してください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 併設する施設等の従業者との兼務(兼務の場合のみ記載してください。) | | | | | | | | | | | 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 事業所番号 | | | | | | |  | | | |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通いサービスの利用者数(推定数を記載してください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | 介護従業者 | | | | | | | | | | | 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 | 建物の構造 | | | | | | □耐火建築物　　　□準耐火建築物　　　□その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居間及び食堂の合計面積 | | | | | | | | | m2 | | | | | 基準上の必要数値 | | | | | | | | | | | | m2以上 | | | | | | | 適合の可否 | | | | |  | |
| 個室以外の宿泊室の合計面積 | | | | | | m2 | | | | 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 | | | | m2以上 | | | | | | 適合の可否 | | | | |  |
| 営業日 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(裏)

備考

　　　　1　「基準上の必要人数」、「適合の可否」及び「基準上の必要数値」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、又は別様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ような料金表を提出してください。

　　　　5　既に地域密着型サービス事業所の指定を受けている事業者が地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときは、「事業所」欄の『名称』及び『所在地』を除いて、申請書への記載を省略することができます。また、既に地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が地域密着型サービス事業所の指定を受ける場合においても、同様です。

付表4―2　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を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　)  　　　　　県　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | |  | | | | | | FAX番号 | |  | | | | |
| E-mail | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 建物構造概要 | 建物の構造 | | □耐火建築物　　　□準耐火建築物　　　□その他 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居間及び食堂の合計面積 | | | m2 | | | | 基準上の必要数値 | | | m2以上 | | | | 適合の可否 | |  | |
| 個室以外の宿泊室の合計面積 | | m2 | | 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 | | | m2以上 | | | 適合の可否 | |  |
| 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 | | | | | | | | | | | |

　備考

　　　1　「基準上の必要数値」及び「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、又は別様に記載した書類を添付してください。

　　　3　既に地域密着型サービス事業所の指定を受けている事業者が地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所」欄の『名称』及び『所在地』を除いて、申請書への記載を省略することができます。また、既に地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が地域密着型サービス事業所の指定を受ける場合においても、同様です。