

付表5 複合型サービス(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 - )							
		県 市							
連絡先	電話番号				FAX番号				
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第	条第	項第	号	
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								
	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等					
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		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								
事業所の職員数		常勤職員 人			非常勤職員 人				
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>		目安となる面積(@3m <sup>2</sup> ×通いの利用定員)			m <sup>2</sup>
	個室の宿泊室	室	うち床面積6.4m <sup>2</sup> 以上7.43m <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								
	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							
		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				
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。