

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 —)							
		県		郡市					
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等の条文					第	条第	項第	号	
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(兼務の場合のみ記入)								
	併設する施設等の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)		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	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 ²		基準上の必要面積		m ² 以上		適合の可否
	個室以外の宿泊室の合計面積	m ²		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 ² 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(一割負担分)						
			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									
療協機力関医	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。

付表3—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所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

受付番号

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			
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	m ²	基準上の必要面積	m ² 以上		適合の可否		
	個室以外の宿泊室の合計面積	m ²	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 ² 以上	適合の可否	
主な揭示事項	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(一割負担分)					
			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								

- 備考 1 「受付番号」欄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又は別葉に記載した書類を添付してください。

