

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 —) 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		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 —)	
	氏 名					
	生年月日					
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)					
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名 称			事業所番号	
		兼務する職種及び勤務時間等				
共同生活住居数	戸	①	②			
利用者数(推定数を記入)	人	人	人			
従業者の職種・員数		介護従業者		介護従業者		
		専従	兼務	専従	兼務	計画作成担当者
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						
主な揭示事項	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(一割負担分)				
		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						
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」「適合の可否」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。
- 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。