### 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定に係る記載事項

	フリガナ	-											
事	名 称	7											
業		(郵便	番号	_	)	)							
	所在地		県	Ħ	ħ								
所													
	連絡先	電話番	号					FAX 番号	클				
	亥事業の実施 サニカ第の条		て定め	てある定	≧款•	第	条	<del></del>	 項第	号			
台川	付行為等の条 □フリガナ	X						(郵便番	<del>-</del>		)	)	
	氏 名					/ <del>&gt; =</del> r		(T) (A) (H)	. ,		,	,	
						住所							
管	生年月日			T									
理	事業所内の の有無	従業者と	∶の兼務	(有・領	無)	(職種:						)	)
者						兼務する 名称	事業別	fの					
	他事業所の	従業者と	の兼務	(有・	無)	兼務する	➡括₩	1 7 Š					
	切有 無					兼務する   勤務時間		Z (V )					
						名称							
	もまれる訪問看 も推測会界※			· <del>-</del> ∔-⊞-人≕	# <i>手</i>			(郵便番	号	_	)		
	連携型定期巡 隻を実施する			!訪问リ「i	隻有	住所							
					訪問	<u> </u> 介護員等						1	
/ / / / / / / / / / / / / / / / / / /	<b>養者の職種・</b>	吕坳		定期	巡回	随時	訪問	一 オペ	レーター	看證	<b>養職員</b>	うち計   責任	画作成 千者
1/42	て石 リノル以作主	只双			ビス	サー		- + AV	** 75	+ 01	- <del></del>		1
	<b>告带 ( 1 )</b>			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人) 非常勤(人	. )											
	常勤換算後		(人)										
	基準上の必												
	適合の可否												
	事業所の職	战員数				常勤職員	ì	人、	非常勤	職員	人		
	営業日												
主	営業時間												
主な掲示事項	用(一割)	代理受領? 負担分)											
事		大理受領2	分以外										
項	その他の費												
	通常の事業	実施地域	或										
	添付書類			別添の	)とおり	J							

- 備考 1「基準上の必要人数」「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様に記載した書類を添付してください。
  - 3 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含め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。

## 付表 1 - 2

定期巡回・随時対応型訪問介護看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

	フリ	ノガナ	•					
事	名	利	ī					
· 業 所	所在均	<del>L</del>	(i	郵便番号	_	)		
							1	T
	連絡第	E	電	話番号			FAX 番号	
主	営業E	3					•	
な	営業問	寺間						
掲	利	法定(一割		!受領分 !分)				
示	利 用 料	法定	代理	!受領分以外				
事	その他	也の費	用					
項	通常の	事業	実旅	匝地域			 	
	添付書	類			別添のとお	34		

備考 1 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様に記載した書類を添付してください。

### 夜間対応型訪問介護事業所の指定に係る記載事項

	フリガナ	-										
事	名 科	<b>T</b>										
業所	所在地	(郵便	番号 県		— 郡ī	) <b>市</b>						
	連絡先	電話番	号					FAX 番号	-			
	事業の実施 定款等の条		て定めて		第	条第	Į į	頁第	号			
	フリガナ							(郵便番号	<del>-</del>	_	)	
管理	氏 名						住所					
理	生年月日											
者	当該夜間対 (兼務の場			業所で	で兼務	する他の	<b>職種</b>					
オペ	レーション	センター	の有無			有 ·	無					
オペ	ジレーション	センター	のか所	数		カ	所					
予定	]利用者数		人	(うち	5他の	市町村の	予定利用	者数	人)			
						訪問介	護員等		1 .0 1	_	i+ i	n = 1/
従業	く きゅう はっぱん もっぱん はんしょう しんしょう はんしょう はんしょう はんしょう はんしょう はんしょう はんしょう はんしょう はんしょう しんしょう しんしょう はんしょう はんしょ はんしょ はんしょ はんしょ はんしょ はんしょ はんしょ はんしょ	員数		定其	朗巡回	サービス	随時訪問	サービス	オペレ	ーター	面接村	自談員
				専	従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)											
	非常勤(丿											
	基準上の必		(人)									
	適合の可否	<u> </u>										
主	営業日 営業時間											
な			注:	セル!	田巫占		祖名中公					
主な掲示事項	ተባ <i>ጠ</i> ተተ					夏刀 (	可良担力。	<u>'</u>				
事	その他の費	 費用	141	<u> </u>	± 🗸 P	<u> </u>						
垻	通常の事業		或									
	添付書類		別》	<b>添の</b> 。	とおり	J						

- 備考 1 「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
  - 2 他の市町村の区域においても事業の実施を予定している場合、「予定利用者数」欄に他の市町村の予定利用者数を記入してください。
  - 3 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様に記載した書類を添付してください。
  - 4 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含め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 2 - 2

## 夜間対応型訪問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

	フリガナ	-		
事	名和	<b>Ť</b>		
業所	所在地	(1	郵便番号	号 一 ) 県 郡市 
	連絡先	電	話番号	FAX 番号
主	営業日			
しな	営業時間			
掲	利用料			法定代理受領分(一割負担分)
示				法定代理受領分以外
事項	その他の費	計		
項	通常の事業	実施	匝地域	
	添付書類			別添のとおり

備考 1 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様に記載した書類を添付してくだ さい。

## 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の 指定に係る記載事項(単独型・併設型)

	フリガナ													
事	名 称													
尹		(垂	『便番	号	_	)								
業	所在地			県	郡市	त्तं								
所														
	連絡先	電話番号	<del>-</del>						FAX 番号	7				
当該	事業の実施に	ついて定め	てある	定款・書	字附行え	為等の条	文	第	条第	<u>.</u>	項第		号	
併設	事業所の種別	、名称							事業所番	号				
	フリガナ						(∄	郵便番号	<del>}</del>	_		)		
	氏 名					住所								
管	生年月日													
理	当該認知症対	応型通所介	護事業	業所で兼	務する	他の職種	Ē.							
_	(兼務の場合				1									
者	同一敷地内			名称						事業	所番号			
	又は施設の 務(兼務の場			兼務する	職種				I					
	労(兼務の場	あるのかに)	()	及び勤務	時間等	F								
従業	者の職種・員	数	•	生活相	談員	看護	職員	1 1	<b>卜護職員</b>	機	能訓練指導	真真		
	常 勤(人)													
	非常勤 (人)													
	基準上の必要	更人員 (人)												
	適合の可否													
食堂	なひ機能訓練	室の合計で	積				基	準上の	<b>必要数值</b>		適合	のロ	<u>[否</u>	
						m <sup>*</sup>			m以.	上				
	営業日		単位	ごとの言	営業日									
<b> </b>	営業時間		単位。 (①	ごとのサー	ビス提供	_	卯時間 :	を除く)  ~	③ :	_	<b>-</b> :	)		
な	利用中岛		(0)		(出土	ごとの		<u>.</u>	人②		人③			1.)
掲  元	利用定員		:+ <b>≐</b>					<u>U</u>	<b>N</b> Ø		<u> ∧⊚</u>	<u>)                                    </u>		人)
主な掲示事項	利用料			代理受令 代理受令			<b>ガ</b> )							
項	食事の提供に要	エナス 弗田	広ル	こし生文で	貝刀以	71								
	良事の提供に 通常の事業実施													
			見は	シートナリ	.1									
	添付書類	Į.	別添	のとおり	7									

- 備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「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するか又は別様に記載した書類を添付してください。
  - 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にの み記載してください。
  - 4 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。
  - 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。

### 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の 指定に係る記載事項(共用型)

	フリガナ										
由	名 称										
事		(郵便都	<b>子</b> 一		)						
業	所在地		県 郡	市							
ᇎ											
所											
	連絡先	電話番号					FAX 7	番号			
当該	事業の実施につ	いて定めてあ	る定款・寄附行	<b>う為等</b>	の条文		第	条第	項第	号	
種類	<u> </u>						事業所番号				
名和	称						開設年月日				
本体	の事業所等の入	居者を含めた	利用者数			人	当該事業の	利用定員			人
	フリガナ					(郵	便番号	_	)		
	氏 名				住所						
<i>h</i> -h-					1111						
管	生年月日										
理	当該認知症対応 (兼務の場合の		業所で兼務する	6他σ	)職種						
者	同一敷地内の何		1 1 1 1 1 1 1					事業所習	番号		
	施設の従業者		务   兼務する職	括							
	の場合のみ記入	()	及び勤務時								
<b>従業</b>	 :者の職種・員数		生活相談員			3	介護職員	機能訓練指	道昌		
ルネ	常勤(人)	,	工石和改具	7		٠	刀吱帆兵	182 115 117 117 11	77		
	非常勤(人)										
	基準上の必要人	(人)									
	適合の可否										
食堂	!及び機能訓練室	の合計面積									
					m <sup>*</sup>						
	営業日	単位	ごとの営業日								
主	営業時間	<b>単位</b> (①	ごとのサービス提 : ~ :	供時間 ②		間を除 ~	<) : 3 :	~ :	)		
は掲	利用定員		人(単位	ごと	の定員	(1)	人②	人	3	人)	
示	利用料	法定	○代理受領分(-	-割負	担分)						
主な掲示事項			代理受領分以								
垻	食事の提供に要す	する費用									
	通常の事業実施地	也域									
/# +/	添付書類		このとおり								

備考

- 1 「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するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「種別」欄には、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の別を記入してください。
  4 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
  5 従業者の職種・員数については、本体事業と当該事業を併せた員数を記載してください。
  6 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3-3

## 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を 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

事	フリ	ガナ								
1	名	称								
			(郵便番	号 -	- )					
業	所在地			県	郡市					
配				ı						
所	連絡先		電話番号					FAX 番号		
食堂	②なび機関	能訓練国	をの用に供	する区画の	の合計面積		基準上の	必要数值	適合の可	否
						m		m <sup>®</sup> 以上		
	営業日			単位ごと	の営業日					
	営業時	間		単位ごとのせ	サービス提供時	間(送迎	時間を除く)			
				(1) :	<b>~</b> :	② :	~ :	3 :	~ : )	
主	利用定	員			(単位ごとの	ー ) 完 昌 🤄	<u> </u>	人②	人③	人)
な   拐								Λ <u>ε</u>	<b>7</b> •	<i>/</i> ()
景	利用料			法定代理	受領分(一割)	負担分	)			
主な掲示事項				法定代理	受領分以外					
垻	食事の排	提供に要す	する費用							
	20,000		, 0 52/11							
	通常の事	掌業実施均	也域							

- 備考 1 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様に記載した書類を添付してください。
  - 2 一のローテーションにおいて、事業所を複数有するときは、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。

## 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

	7	<b>フ</b> リガナ	-																	
由	名	i 和	尓																	
事				(郵信	更番 5	를 -	_	-	)											
業	所在	地				県		郡市												
所																				
	連絡	7 生		<b>電託</b>	F P	I							EA\	〈番号	1					
11年			- 01	電話者		. Z =	⇒±~ -	寄附行為	<b>4 华</b>	のター	<del></del>	角			ō :第		 項第		号	
<u> </u>		クチルロ		,(定	) C a	りのと	上示人 -	<u> おりり1」を</u> 	尚守	00末。	<u> </u>	<b>9</b>	5	*	<b></b>	•	<b>以</b>		<u></u>	
施設	等	種別						名称							事業	所番	:号			
		ガナ									(	郵便	番号		_	•	)			
	氏	名							付	Ĕ所										
管	<u> </u>																			
理		月日	女 松 台	刑民史	△莊⋾	<b>車業</b> る	- 一 ・	務する他	の贈	4番 ( =	<b>生级</b> /	ひ担ぐ		:= <b>1</b> \						
者		小尻候り							ひノ収	(作里 (ラ	化伤	ル场ロ	リノクト言		業所	 番号				
13		・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・						<u>                                     </u>	種					7	****	H 7				
	>II -122	() ()	,, •,,	, , ,	, 40,	•/		勤務時		;										
通い	サーし	ごスのネ	利用者	 皆数(护	生定数	女を訂	己入)							人						
登録	定員			人道	重いさ	t— t	ごスの	利用定員	į	ı		人	宿泊	サー	ビスの	の利用	月定員			人
従業	者の	<b>職種</b> •	員数	<u> </u>			介護領	業者		う	ち看	護職員	į	介	護支持	爰専門	]員			
_						専	従	兼務		専従	É	兼	務	専	従	兼	養務			
	常	勤(人	()																	
	非常	勤(人	()																	
	常勤	換算後(	の人数	女(人)																
	基準.	上の必要	要人数	(人)																
		の可否																		
建 物	耐火	構造物	、準	耐火構	造物	等の	別													
構	居間	及び食物	堂の合	計面積			m		_の必	必要面	積			ml以	上 ;	適合 ℓ	)可否			
造 概	個室	以外のマ	官泊				ービス から値			人	基	準上	の		m以	_	適合の	可		
要	室の	合計面和	責	•			を減じ				必	要数值	直		ШЬ	<b>-</b>  :	否			
		業日						ı												
		業時間																		
Ì		録定員		O T/1 TT					<u>人</u>											
な		いサー 泊サー							人											
猪   示	1白	泊り一		の利用	<u> </u>	法	完代F	理受領分	<u> </u>		担分	.)								
主な掲示事項	利	用料						里受領分			1=71	/								
<b>り</b>	食	事の提信	共に要	する費	用	,-,				-										
		泊に要																		
	通	常の事	業実	施地域											ı					
療機力医	名	称									É	こな診	療科	名						
		称									É	こな診	療科	名						
運		進会議	の有			有	•	無												
	添付	書類		別添(	りとす	うり														

- 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様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 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 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

	フリ	<b>+</b> " <b>-</b>												
事	名	称												
7			(郵便都	肾号	_		)							
業	所在地				<b>県</b>	郡市	ħ							
~~	771 12 - 0			•	·18	-ні і	, <del>-</del>							
所														
										T	1			
	連絡先		電話番号	<del>]</del>						FAX 番号				
建 物	耐火構	造物、增	<b>℄耐火構</b> 造	物等	₹の別									
構	居間及び	<b>が食堂の</b> か	合計面積	m³	m <sup>®</sup> 以上	適合	の可否							
造概要	個室以 室の合言	外の宿泊 十面積	m	用記	泊サービス 定員から個 員数を減じ	室の	人		上の 数値	m³J	以上	適合の	回	
	登録定	員	1				人							
	通いサ	ービスの	の利用定	Ę.			人							
主	宿泊サ	ービスの	の利用定り	Ę			人							
主な掲示事項	刊田利				法定代	理受	領分(一割負	担分	)					
示事	利用料   法定代理受領分以外   法定代理受領分以外   法定代理受領分以外													
項	食事の	提供に	要する費用	甲										
	宿泊に	要する	費用											
	通常の	事業実	施地域											

備考 1 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様に記載した書類を添付してください。

#### 付表5

## 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

	フリ	ガナ										
事	名	称										
<b>尹</b>		(郵	便番号	_	)							
業	所在地		県	市	ī							
所												
	連絡先	電話	番号						FAX 者	<b>香号</b>		
当該	事業の実	施につい	て定めてあ	る定款	<ul><li>寄附行。</li></ul>	為等の	の条文	É	第 条	<b>美第</b>	項第	号
	フリガナ	-						(郵便	番号	_	)	
	氏名						住所					
管												
тш	生年月日		ナフルの団	1 <del>1</del> / <del>*</del> 1	なの坦人	O 7.	=7 7 \	1				
理			する他の職			のみ	記人)		1 4	李記妥口		
者			の事業所り ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・		名 称				=	事業所番号	7	
	のみ記入		(1) (A) (A)	ノン・初 ロ	兼務する	5職科	重					
	оу о у <sub>П</sub> П у (	• /			及び勤剤	务時間	引等					
共同	生活住居	 数		戸	(	1		(	2			
利用	者数(推足	定数を記		人			人		人			-
入)				^								
従業	者の職種	・員数			介護				<b>定業者</b>		<b>过担当者</b>	
_					専従	身	<b>東務</b>	専従	兼務	専従	兼務	-
	常勤(人											
	非常勤(											1
		後の人数										
+		必要人数	(人)									
	適合の可											
	居室数				(うち個室		室 室)	(うち個室	室 室)			
主	和田台				(プラ凹主			(フク恒主				-
主な掲示	利用定	<u>貝</u> 法定代理	<b>马</b> 绍乙				人		人			
示	利用料	(一割負担										
事項	和州科		受領分以外									
	その他	の費用										
機制関力	名称 品							主な記	<b>诊療科名</b>			
	D <u> </u>							主な記	シ 参療科名			
扔	<b>奈</b>							O-H:	- WILE			
耐火			造物等の	引								
		営推進会記			7	有	•	無				
	添付書	類	別添のと	おり								

- 備考 「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。 1
  - 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様に記載した書類を添付してください。 2

  - 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。

### 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の指定に係る記載事項

	フリ:	ガナ													
事	名	称													
-			(郵	便番号		_	)								
業	所在地			į	果	郡市	ī								
所															
	連絡先		電話	番号							FAX 番	号			
当該	事業の実施	施につい	て定め	りてある	定款・	寄附行	<b></b> 清為等	の条え	ζ	第	Ś	<b>全第</b>	項第	号	
		有料老	人ホー	-ム				施設	開	設年月日	3				
施設(	の区分	軽費老	人ホー	-ム				施設	開	設年月日	3				
		高齢者	専用賃	貸住宅				施設	開	設年月E	3				
	フリガフ	<b>-</b>								(郵便番	:号	_		)	
	氏 名							住所							
管															
理	生年月日	3													
	当該特定	を施設でき	兼務す	る他の	職種 (	兼務の	場合	のみ記	入)						
者	同一敷地	也内の他	1の事	業所又	名称						1	事業所番	号		
	は施設	-		の兼務		する職									
	(兼務の場合記入)   及び勤務時間等														
利用	リ用者数(推定数を記入)														
AN Alle															
従業:	は業者の職種・員数     生活相談員     看護職員     介護職員     機能訓練指導員     計画作成担当者       専従     兼務     専従     兼務     専従     兼務     専従     兼務														
Г	常勤(人)														
-	常 勤 (人) 非常勤 (人)														
	基準上の														
1	適合の同														
÷	入居足	<u> </u>													
掲な	居室数	 汝													
事	利用料	<u></u>			理受領2	分(一割	負担分	分)							
項	その作	也の費用		77.21	-1 A IA	3 20.71									
機協関力	名称									主な診り	<b>寮科名</b>				
関力 医										主な診り	<b>寮科名</b>				
療										主な診り	<b>寮科名</b>				
造建	耐火药	建築物、	準耐り	火建 <b>築</b> 物	物等の	別									
造概要															
構	1室0	の最大定	員					J	•		人	.以下			
運営	推進会請			有		無									
	添付書	類	一別	添のとる	らり										

- 備考 「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。 1
  - 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様に記載した書類を添付してくだ 2 さい。

  - 「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。 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。

# 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定に係る記載事項

	フリカ゛ナ												
	名 称												
施	所在地	(郵便番	号		_		)						
				県		都	市						
設													
	連絡先	電話:	番					FAX	番号	클			
		号											
当該	亥事業の実施につい	って定めて	である定	款等0	条文		第		É	条第	項第		号
	フリカ゛ナ				住	(郵	便番	号		_	)		
	氏名				所								
管	生年月日											T	
理	同一敷地内の他			尓							事業所		
者	施設又は本体施			*/. )			-				番号		
	者との兼務(兼	務の場	71,74		る職種								
	のみ記入)				<b>务時間</b>	等 —							
	本施設の有無		有		無	1)1	.н. —	.u.c. →: =		<u> </u>			
併記	役事業所の有無		有	•	無		没事!	業所の	の名詞	称、定			
<i>1</i> —±11	ロコ コロルツイ ヘニサ ネ ピ		nt -		Áttr	員	W ~ ~	<del>++-</del> +	ノムト	ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	一十一	/¥=n. π±	
	引入所生活介護の第 記者とは世宗教なる		紙 有	•	無			<b>実施</b> 形		l	床型 •	併設型	
	居者数(推定数を記				ľ		明人月 ひ場る		H 石 新	汝(併設	人(推	定数を	に人)
分子子	<b>と者の職種・員数</b>	kr		2	<u>人</u>	空 <sup>(</sup> 市		<u>コノ</u> 5相談	〈吕	♠▮	<u></u> 養職員	看護	磁品
1)上ラ	長石 ジ 戦性・ 貝亥	X		専		•	専行		<u>(貝</u> 兼務		*兼務	専従	
[	地域密着型介護老	(人) 常	勤	4.		115/1	4. 1		11八力	分化	***************************************	分化	**XTX133
	福祉施設及び短期												
	所生活介護従事人												
	//	<b>(</b> )											
•	常勤換算後の人		-					 					
	基準上の必要人			_									
	適合の可否	() ()											
<u> </u>				,	栄養士		機能	<b>と訓練</b>	指	介護支	援専門員	栄養士	を配置
					1120			導員		71100			場合の
				専	従 *	兼務			兼務	専 従	*兼務	措置	,
		常	勤										
	地域密着型介護老	人)人	()										
	福祉施設及び短期	入非	常 勤										
	所生活介護従事人	数(人	()										
	常勤換算後の人	数(人)											
	基準上の必要人	数(人)											
	適合の可否												
				域密	<b>着型介</b>					短	期入所生活	舌介護	
	<b>帯基準上の数値</b>	記載項	目		基準	上の』		<b>i</b> 合σ			基準上の	適合の	の可否
等					要値		P,	否			必要値	, ,	
	□ 1室の最大	定員		人	J	以门	₹			人	人四天		
	居   工   入所者1人あ	たりの具	:/ \								以下		
	三   八月有 1 八点   床面積	ハこりVノ取	71,	$m^2$		n	ก๋			$m^2$	$m^2$		
	食堂と機能訓練	室の合	計	_									
	面積	,, <u>—</u> ,	H 1	m²		n	ก์			m²	m²		
	廊 片廊下の幅			m		n	n			m	m		
	下 中廊下の幅			m		n	n			m	m		

主	な掲え	示事項						
	入戶	听(利用	)定員				人	人
	利	法定代理	1受領分	(一割負				
	用	担分)		N 10 L EL				
	料	法定代	埋党領	分以外				
	その	の他の費	'用					
療機関	協力	名称					主な診 科名	療
関関	医	名称					主な診 科名	療
運	営推	進会議の	り有無	有	•	無		·
添付書類 別添のとおり								

- 備考1 「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するか又は別様に記載した書類を添付してく ださい。
  - 3 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態(空床型・併設型の別)」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方に○を付してください。
  - 4 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の主な掲示事項、設備基準上の数値記載項目等欄については、記載を要しません。
  - 5 「※兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記載してください。
  - 6 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。
  - 7 当該指定地域密着型介護福祉施設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介護福祉施設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。

## 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

		フリガナ	-														
事		名 科	Ţ.														
業	70	± <del>/ .</del> ↓₩	(	郵便番号	<u>-</u>	— ) — )											
新	ולא	f在地		<b></b>	<del>\</del>	郡市	]										
וכו																	
		絡先		話番号							FAX番号						
			<u></u> に	ついて定め	てある		<b>寄附</b>	行為	等の条	文	第	条第	項第		号		
併言 施言		│種別 : │				名称						事業所 番号					
訪問	引看	護事業別	f	(有・無)	病院	、診療列	f. I	訪問看	<b>手護ス</b>	テー	-ション(	の別	•				
のキ	旨定	の有無	:	名称						事第	<b>美所番号</b>						
	フ	リガナ								(垂	『便番号	_	_	)			
	氏	、名					1:	主所									
<i>/</i> -/		<del></del>					╡"	<b>-</b> 171									
管理		年月日					1,										
理	事	業所内の	従業	者との兼務の	の有無	(有・無	₩)	(職	種:							)	
者		alle == -	علاد علاد	+ 1 - <del>1</del> - 7		/ <u>-</u> -	_ \	事業所の名称					事業所番号				
	他	事業所の	従業	者との兼務(	の有無	(有・無	₩)	兼務する職種 及び勤務時間等									
通し	\ \+ <del>}</del> -	 ービスのオ	利用	 者数(推定数	女を記入	<u> </u>		~ 0 .	±01101 F-1	11-1 11							
登録			3713			<u>・</u> -ビスの和	引用:	定員		人	、 宿泊	サービスの	D利用定員			人	
		の職種	. 昌	<b>坐</b> 玩		介護従事者				ち看護	護職員	介護支持	<b>長専門員</b>				
I/L>				. 95		専従	兼	務	専領	専従 兼務		専従	兼務				
	_	<u>、勤(人)</u> 学勤(ノ	1 )														
				人数(人)													
				人数(人)													
		合の可															
建	耐	火構造物	勿、	<b>準耐火構造</b>	物等の	 の別											
築	居	間及び負	堂复	の合計面積	Ę			m¹	適合	の可	否						
構造	偱	室の宿泊	白室	[ ]		ち床面積病院又は					m未満の	宿泊室			室		
概	佰	室以外の	定记		, !	サービスの				7970口	1	上の	:	適合			
要		の合計面		d m²		の定員数					_	数值		可否			
		営業日	-						-								
	_	営業時間															
		登録定員	-			人											
主た	-			スの利用定					<u>人</u>								
掲		佰汨サー	-ヒ	スの利用定		*+ <b>亡</b> / L T	H 552		人								
主な掲示事項		利用料			_	法定代理				刊貝#	旦分)						
耳項		食事の排	₽∰	に要する費		法定代理受領分以外											
	-	宿泊に要			. / ۱.3												
		通常の事															
療協	ħ	名称			I				主な	よ診療	<b>寮科名</b>						
療 協関 医	] <u>=</u>	名称							診療科名								
		進会議の	カ右	· <del>·</del>		 有 ·	無			- Hン /	K I I I H						
Æ		付書類	ν'H	NIZ		別添のとおり											

- 備考1 「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。

#### 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項

事	フリガナ																
	名 称 (和在平日																
業	(郵便番号 — )																
	所在地			県		郡ī	市										
所																	
			. 1								FAX 番		ı				
連絡先																	
当訂	亥事業の実施について 	定めて	てある	定款	7•寄	附行	為等	の条:	文	第 条第			項第		号		
	フリガナ								(郵便	更番号	<u> </u>	_	-	)			
管	氏名						住店	听									
理	生年月日																
	当該通所介護事業所		多する	他の	職種	İ											
者	(兼務の場合のみ記		· — T														
	同一敷地内の他の			事業	所等	の名称	<u></u>										
	は施設の従業者と		7分 -	兼務	する	職種											
	(兼務の場合のみ記入)   飛切りる戦性																
実	<b>拖単位数</b>	単	位	同時に通所介護の提供を						を受けることができる利用者数の上限							
単				生	活相	談員	;	看護	職員	介護職員			機能訓練指導員		$\setminus$		
位				専従 兼務			専従		兼務	専従 兼		ト務 専従		兼務	] \		
別	常勤(人)																
従業	非常勤(人)																
業者	基準上の必要人員	(人)													\		
ъ	適合の可否														\		
食	堂及び機能訓練室の <sup>.</sup>	<u>合計面</u>	積						基準.	上の娘	必要数值	直	遃	適合の可否			
								m			m³J	以上					
	定員			人	<u> </u>												
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝		他年						
主										間の	休日						
なっ	営業時間	平日	<u>.                                     </u>				T <u>-</u>	上曜	1			日	· 祝				
掲示		備者											<b>_</b>				
事																	
項	1371341		<u> </u>				Z1-/	, <u>,</u>									
	その他の費用																
	通常の事業実施地域																
	添付書類	別沒	たのと	おり													

- 備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「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するか又は別様に記載した書類を添付してくだ さい。
  - 3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
  - 4 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別 従業者の種類・員数については、別紙に記載し添付してください。
  - 5 本事業所の所在地以外の場所に本事業の一部を実施する施設を有するときは、「付表 6 2」 に必要事項を記載の上、添付してください。
  - 6 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ 以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。

## 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項

	事	フリ	ガナ																	
当	業 近	名	称										_							
	単								活相	目談員		看護	職員	介護	養職.	<u> </u>	機能訓網	東指導員	<u> </u>	
	· 位						-			<del>兼務</del>	-	従	兼務	専従	1	<u>~~</u> ₹務	専従	兼務	\	
	別	常													\					
	従	非常勤(人)																	\	
	業 者	基準													l \					
単	19	適合の可否																		
位	主	定員						人	Д.											
	な	営業	日		日	月		火	水	木	金	土	祝	その他年						
	掲					-				1				間の休日						
	示 事	営業	時間		平日	1			<u> </u>		<b>'</b>	上 上曜	<del>                                     </del>			日	·祝			
	項			備者	_							1								
	単				VH3 ° CJ				活杯	目談員	1 :	看護	職員	介護職員			機能訓網	東指導員	<u> </u>	
	一 位	<u> </u>	-		専従 兼務			従	兼務	専従	1		専従	兼務	\					
	別	常勤(人)						43- I/C		×114 322	<u> </u>	,,	P117 3P-	3 22 71		· 122	13 11-2	7117 323	\	
	従	非常勤(人)																	\	
	業 者		基準上の必要人員(人)																\	
単	<b>百</b>	適合の可否																	l _\	
位	主	定員	定員						人											
	な	営業	営業日			日月			水	木	金	土	祝	その他年 間の休日						
	掲									†			$\dagger \lnot \dagger$							
	示 事	営業		平日	1			<u> </u>		<u> </u>	上 上曜	<del>                                     </del>			日・祝					
	項				備考												1/2			
	単				Min .	<u>′                                     </u>		生	活材	目談員	1 :	看護	職員	介證	<b>建職</b> :		機能訓網	東指導員	<u>N</u>	
	位						<u> /</u> 専1			<del>兼務</del>		従	兼務	専従		·····································	専従	兼務	<b> </b>	
	別	常勤(人)															• -		\	
	従業	非常	勤(人	()															\	
	業 者	基準上の必要人員(人)																	\	
単	白	適合の可否																	l\	
位	主	定員						人												
	な	営業	日	_	田	月		火	水	木	金	土	祝	その他						
	掲													間の休	日					
	示事	営業	時間		平日	3					<u> </u>	上曜	<del>†                                    </del>			日	·祝			
	項				備考															