

付表3 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

| | | | | | | | |
|--------------------------------|---|---|----|----------------|--------|------------------------------|----------------|
| 事業所 | フリガナ | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 ー) 県 郡市 | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | FAX 番号 | | |
| | | Email | | | | | |
| 併設施設等 | <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | | | | 住所 | (郵便番号 ー) | |
| | 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 | | | | | | |
| 療協 機力 関医 | 名称 | | | | 主な診療科名 | | |
| | 名称 | | | | 主な診療科名 | | |
| ○人員に関する基準の確認に必要な事項 | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | |
| 通いサービスの利用者数(推定数を記入) | | | | 人 | | | |
| ○設備に関する基準の確認に必要な情報 | | | | | | | |
| 居間及び食堂の合計面積 | | | | m ² | | | |
| 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 | m ² |
| 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 |
| 建物の構造 | | <input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | |
| 添付書類 | | 別添のとおり | | | | | |

(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)

| | | | | | | | |
|--------------------|------|---|--|----------------|--------|------------------------------|----------------|
| 事業所 | フリガナ | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 ー) 県 郡市 | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | FAX 番号 | | |
| | | Email | | | | | |
| ○設備に関する基準の確認に必要な情報 | | | | | | | |
| 居間及び食堂の合計面積 | | | | m ² | | | |
| 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 | m ² |
| 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 |
| 建物の構造 | | <input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | |

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 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 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 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

(別添)

付表3 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 添付書類

| | 添付書類 | 参考様式 |
|----|--------------------------------------|-------|
| 1 | 登記事項証明書又は条例等 | |
| 2 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | 参考様式1 |
| 3 | 管理者の経歴 | 参考様式2 |
| 4 | 平面図 | 参考様式3 |
| 5 | 設備・備品等一覧表 | 参考様式4 |
| 6 | 運営規程 | |
| 7 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | 参考様式5 |
| 8 | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容 | |
| 9 | 介護老人福祉施設・介護老人保健施・病院等との連絡体制及び支援の体制の概要 | |
| 10 | 誓約書 | 参考様式6 |
| 11 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | 参考様式7 |