

付表8

看護小規模多機能型居宅介護サービス事業所の指定(更新)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 ー) 三重県 ー 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			事業所番号								
管理者	フリガナ		住所		(郵便番号 ー)								
	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				
通いサービスの推定利用者数		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		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		㎡		適合の可否								
	個室の宿泊室		室		うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室 (病院又は診療所である場合)								
	個室以外の宿泊室の合計面積		㎡		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		㎡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		人										
	宿泊サービスの利用定		人										
	利用料		法定代理受領分(一割又は二割負担分)										
			法定代理受領分以外										
	食事の提供に要する費												
宿泊に要する費用													
通常の事業実施地域													
協力医療	名称					主な診療科目							
	名称					主な診療科目							
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 記載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。