

付表5-1

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 -)									
		(ビルの名称等)									
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					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				住所	(郵便番号 -)					
	氏名										
	生年月										
	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											
基準上の必要人数											
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			㎡		基準上の必要面積		㎡以上		適合の可否	
	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									

