

記載例

※受付番号

指定小規模多機能型居宅介護事業所・指定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 | 小規模多機能型居宅介護 ●● | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 ●●● - ●●●●) 浜松市●●区●●町●●●●-●● | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | ●●●-●●●●-●●●● | FAX番号 | ●●●-●●●●-●●●● | | |
| | 電子メールアドレス | ●●●●@●●●●.●●.●● | | | | |
| 出張所等 | フリガナ | | | | | |
| | 名称 | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | | |
| | 当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文 | | | | | |
| 第●●条第●●項 | | | | | | |
| 併設施設等 | 種別 | | | 介護保険事業所番号 | | |
| | 名称 | | | 開設年月日 | | |
| 管理者 | フリガナ | ●●● ●●● | | 住所 | 浜松市●●区●●●-●● | |
| | 氏名 | ●● ●● | | | | |
| | 生年月日 | ●●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 | ●●●●グループホーム | | 介護保険事業所番号 | |
| | | 兼務する職種及び勤務時間等 | | | 2297●●●●●● | |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | 管理者 | | |
| 通いサービスの利用者数（推定数） | | ●●人 | | | | |
| 従業者の職種・員数 | 小規模多機能型居宅介護従業者 | | | | 介護支援専門員 | |
| | うち看護職員 | | | | | |
| | 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） | ●.●人 | | | | |
| ※ 基準上の必要人数（人） | | | | | | |
| ※ 適合の可否 | | | | | | |
| 建物構造概要 | | | | ※基準上の必要数値 | ※適合の可否 | |
| 居間及び食堂の合計面積 | | ●●.● m ² | | m ² 以上 | | |
| 個室以外の宿泊室の合計面積 | | ●●.● m ² | | m ² 以上 | | |
| 宿泊サービス利用定員から個室の定員数を減じた数 | | ●人 | | | | |
| 耐火建築物、準耐火建築物等の別 | | 耐火建築物 | | | | |
| 主な揭示事項 | 営業日 | 365日 | | | | |
| | 営業時間 | 24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 | 介護報酬告示上の額の負担割合に応じた額 | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | 介護報酬告示上の額 | | | |
| | その他の費用 | 宿泊費●●●●円/泊、朝食●●●●円、昼食●●●●円、夕食●●●●円、日常生活費・おむつ代 | | | | |
| | 通常の事業の実施地域 | 浜松市●●区、●●区、●●区 | | | | |
| 協力医療機関等 | 名称 | ●●●クリニック | | 診療科名 | 内科 | |
| | 名称 | ●●●歯科医院 | | 診療科名 | 科 | |
| 運営推進会議の有無 | 有 | | | | | |

地区名、町名などを記入。
(客観的にその区域が特定されるもの)
※事業所から●●分以内などの記載は×

- 備考
- ※印の欄には、記入しないこと。
 - 出張所等がある場合は、「従業者の職種及び員数」欄には当該出張所等に勤務する従業者も含めて記載すること。
 - 協力歯科医療機関がある場合は、「協力医療機関等」欄に併せて記載すること。
 - 「運営推進会議の有無」欄は、該当するものを○で囲むこと。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。