

付表3-1 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 -) 県 郡市					
	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			
管 理 者	フリガナ	住 所		(郵便番号 -)			
	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	-----				
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 (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	m ² 基準上の必要面積		m ² 以上 適合の可否			
	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	人	基準上の必要数値	m ² 以上 適合の可否	
主 な 掲 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					

- 備考
- 「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。
 - 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。
 - 「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。
 - 「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。

付表 3 - 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

受付番号

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -)						
		県	郡市					
連絡先	電話番号				FAX番号			
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	m ²	基準上の必要面積	m ² 以上		適合の可否		
	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	人	基準上の必要数値	m ² 以上	適合の可否	
主な揭示事項	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								

- 備考 1 「受付番号」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。

別 添

受付番号

指定申請に係る添付書類一覧

主たる事業所・施設の名称	
--------------	--

番号	添付書類	申請する事業の種類			備考
		小規模多機能型 居宅介護	介護予防 小規模多機能型 居宅介護		
1	申請者の定款、寄付行為等及びその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				
3	管理者の経歴				
4	事業所の平面図				
5	設備・備品等に係る一覧表				
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				
8	当該申請に係る資産の状況				
9	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容				
10	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要				
12	地域密着型介護サービス費の請求に関する事項				
13	法第78条の2第4項各号又は第115条の11第2項各号に該当しないことを誓約する書面				
14	役員の氏名等				
15	介護支援専門員の氏名等				
16	運営推進会議の構成員				

備考1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。