

地域密着型サービス事業所台帳に記載する項目

| 項目 | 夜間対応訪問介護 | 認知症対応型 通所介護 |
|----------------|----------|----------------|
| 事業所番号 | ○ | ○ |
| 申請者名称 | ○ | ○ |
| 申請者所在地 | ○ | ○ |
| 申請者連絡先 | ○ | ○ |
| 申請受理年月日 | ○ | ○ |
| 法人種別 | ○ | ○ |
| 代表者氏名 | ○ | ○ |
| 代表者の職名 | ○ | ○ |
| 代表者の生年月日 | ○ | ○ |
| 事業所名称 | ○ | ○ |
| 事業所所在地 | ○ | ○ |
| 事業所連絡先 | ○ | ○ |
| 事業開始予定年月日 | ○ | ○ |
| 管理者氏名 | ○ | ○ |
| 管理者の生年月日 | ○ | ○ |
| 従業者の職種・員数・資格 | ○ | ○ |
| 常勤換算後の人数 | × | × |
| 営業日 | ○ | ○ |
| 営業時間 | ○ | ○ |
| 利用料法定代理受領分 | ○ | ○ |
| 利用料法定代理受領分以外 | ○ | ○ |
| その他の費用 | ○ | ○ |
| 事業の実施地域 | ○ | ○ |
| 利用人数(登録人数) | ○ | × |
| 通所定員 | × | ○ |
| 宿泊定員 | × | × |
| 入居定員 | × | × |
| 協力医療機関 | × | × |
| 建物の構造 | × | × |
| 居室面積 | × | × |
| 宿泊面積 | × | × |
| 食堂、機能訓練室・居間の面積 | × | ○ |
| 廊下幅 | × | × |
| 運営推進会議 | × | × |
| 指定の有無 | ○ | ○ |
| 指定年月日 | ○ | ○ |
| 指定取消年月日 | | |

