付表４―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　　　－　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | 電話番号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| email | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | 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 | | | | | | | | m2 | | | | | | | | | | | 基準上の  必要面積 | | | | | | | | | | m2以上 | | | | | | | | | | 適合の  可否 | | | | |  | | | |
| 個室以外の  宿泊室の合  計面積 | | | | | | m2 | | | | | | | 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 | | | | | m2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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 協力医  療機関 | | 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 主な診療科名 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 主な診療科名 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | | | | | | 別添４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。

　　　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。

　　　５　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４―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　　　－　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | m2 | | | | 基準上の  必要面積 | | | m2以上 | | | | | 適合の可否 | |  | |
| 個室以外の  宿泊室の  合計面積 | m2 | | | 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 | m2以上 | | | 適合の  可否 | |  |
| 主な掲示事項 | 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 | | | | | | | | | | | | |
| 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４

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定申請に係る添付書類一覧 | 受付番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | 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 |  |  | 参考様式１ |
| ３ | 管理者の経歴 |  |  | 参考様式２ |
| ４ | 事業所の平面図 |  |  | 参考様式３ |
| ５ | 設備・備品等に係る一覧表 |  |  | 参考様式５ |
| 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 |  |  | 参考様式７ |
| ８ | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容 |  |  |  |
| ９ | 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 |  |  |  |
| 10 | 法第78条の2第4項各号及び第115条の12第2項各号に該当しないことを誓約する書面 |  |  | 参考様式9-2 |
| 11 | 関係法令遵守誓約書 |  |  | 参考様式9-3 |
| 12 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |  |  | 参考様式10 |
| 13 | 運営推進会議の構成員 |  |  | 参考様式11 |

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。

４　参考様式に定めがないものは、当該申請者において書類を添付してください。