付表５　認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | 住所 | | | (郵便番号　　　－　　　　) | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | 事業所番号 | | | | |  | |
| 兼務する職種及  び勤務時間等 | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 共同生活住居数 | | | | | | 戸 | | | ① | | | | | | | | | ② | | | | |  | | |
| 利用者数(推定数を記入) | | | | | | 人 | | | 人 | | | | | | | | | 人 | | | | |  | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | | | | 介護従業者 | | | | | | | | | 介護従業者 | | | | | 計画作成担当者 | | |
| 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 | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| 主な掲示事項 | | 居室数 | | | | | | | 室  (うち個室　　 　室) | | | | | | | | | 室  (うち個室 　　　室) | | | | |  | | |
| 利用定員 | | | | | | | 人 | | | | | | | | | 人 | | | | |  | | |
| 利  用  料 | 法定代理受領分 | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| その他の費用 | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| 協力医療機関 | | 名称 | |  | | | | | | | | | | 主な診療科名 | | | | | | | |  | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | 主な診療科名 | | | | | | | |  | | | |
| 耐火構造物、準耐火構造物等の別 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | | 別添５のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　１　「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」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。

　　　３　「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。

　　　４　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。

別添５

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |
| 認知症対応型共同生活介護 | 介護予防認知症対応型共同生活介護 |  |
| 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、入居者数の算定、夜間深夜の設定 |  |  | 参考様式11から13 |

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。