

付表5 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

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡市				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
		Email				
併設施設等	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院					
管理者	フリガナ					
	氏名					
	生年月日					
	住所		(郵便番号 ー )			
	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				
療協 機力 関医	名称			主な診療科名		
	名称			主な診療科名		
○人員に関する基準の確認に必要な事項						
従業者の職種・員数		介護従業者		うち看護職員		
		専従	兼務	専従	兼務	
常勤(人)						
非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)						
通いサービスの利用者数(推定数を記入)				人		
○設備に関する基準の確認に必要な情報						
居間及び食堂の合計面積				㎡		
個室以外の宿泊室の合計面積				宿泊サービスの利用定員から 個室の定員数を減じた数	㎡	
登録定員				人		
通いサービスの利用定員				宿泊サービスの利用定員	人	
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他				
添付書類	別添のとおり					

(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)

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡市				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
		Email				
○設備に関する基準の確認に必要な情報						
居間及び食堂の合計面積				㎡		
個室以外の宿泊室の合計面積				宿泊サービスの利用定員から 個室の定員数を減じた数	㎡	
登録定員				人		
通いサービスの利用定員				宿泊サービスの利用定員	人	
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他				

- 備考 1 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。  
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。  
 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 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

(別添)

付表5 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 添付書類

	添付書類	参考様式
1	代表者の研修修了証の写し	
2	申請者の登記事項証明書又は条例等	
3	事業所の位置図、平面図、施設の外観・内部写真	参考様式3
4	居室面積等一覧表(建物の構造概要)	参考様式4
5	設備・備品等に係る一覧表	参考様式5
6	事業計画書(利用者の実績又は推計数がわかるもの)	(任意様式参考例あり)
7	運営規程、重要事項説明書、利用契約書、個人情報に関する同意書	
8	利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要	参考様式6
9	管理者の経歴書	参考様式2
10	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1
11	収支予算書	(任意様式参考例あり)
12	誓約書	参考様式8及び別紙① (必要に応じて別紙③)
13	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書及び状況一覧表	
14	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	(任意様式参考例あり)
15	協力医療機関との契約書の写し	
16	非常災害対策に関する計画	
17	運営推進会議の構成員	参考様式11
18	社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票	
19	現に効力のある介護サービスの指定書の写し	
20	その他愛南町が必要として求めた資料	

※更新申請時に必要な書類や添付書類の詳細については、「指定申請に係る提出書類一覧」を確認すること。