**付表８　　　看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）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 | サービス種別 |  | 名称 |  | 事業所番号 |  |
| 事業所の種類 | 病院 ・ 診療所 ・ その他 | 訪問看護事業所としての指定 | 有 ・ 無 |
| 管　理　者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　 － 　） |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 当該複合型サービス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しての職務に従事する場合 | 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 |
| 従業者の職種・員数 | 介護従業員 | 介護従業員のうち看護職員 | 看護職員のうち保健師・看護師 | 介護支援専門員 |
| 専従 | 兼務 | 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・その他 | 居間及び食堂の合計面積 | ㎡ | 適合の可否 |
|  |
| 個室の宿泊室 | 室 | うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室 | 室 | 個室以外の宿泊室の合計面積 | ㎡ |
| 基準上の必要数値 | ㎡以上 | 適合の可否 |  |
| 主な掲示事項 | 営業日及び休日 |  |
| 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（一割又は二割負担分） |  |
| 法定代理受領分以外 |  |
| その他の費用 |  |
| 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 |  |
| 運営推進会議の有無 | 有　・　無 |
| 添付書類 | 別添のとおり |

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」の欄には、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、又は別紙に記載して添付してください。

 ３　「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」の欄に併せて記載してください。