

第1号様式 (第4条関係) (付表4)

(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	(〒 - )								
	連絡先	電話番号					FAX番号			
e-mail										
管理者	フリガナ					(〒 - )				
	氏名					住所				
	生年月日									
	申請に係る認知症対応型共同生活介護事務所で兼務する他の職務(兼務する場合のみ記入してください。)									
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。)		名称				事業所番号			
		兼務する職種								
		勤務時間								
共同生活住居数	戸	共同生活住居①				共同生活住居②				
利用者数	人	利用者数	人			利用者数	人			
従業者	/		介護従業者		計画作成担当者		介護従業者		計画作成担当者	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)									
	非常勤(人)									
	常勤換算後の員数(人)				/					
	基準上の必要員数(人)		※				※			
適否		※	適・否			※	適・否			
耐火構造物、準耐火構造物等の別										
1居室の最小床面積(内法)		面積	m <sup>2</sup>			面積		m <sup>2</sup>		
		適否	※ 適・否			※ 適・否				
主な揭示事項	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										
協力医療機関等	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								

備考

- ※印欄には、記入しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。
- 協力歯科医療機関がある場合は、「協力医療機関等」欄に併せて記入してください。
- 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添付してください。