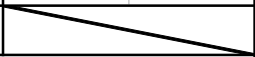


第1号様式 (第4条関係) (付表4)

(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居室の最小面積(内法)		面積	m ²				m ²				
		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。