

付表 1 - 1 定期巡回・随時対応型訪問介護看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	(〒 -)							
	連絡先	電話番号			FAX 番号				
	メールアドレス								
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
事業所種別(該当に○)		連携施設等	事業所番号						
一体型 ・ 連携型			名称						
			所在地						
管理者	フリガナ				住所	(〒 -)			
	氏名								
	生年月日								
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)								
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)		事業所番号						
			名称						
兼務する職種									
勤務時間等									
予定利用者数		人							
従業者の職種・員数		訪問介護員等				オペレーター			
		定期巡回サービス		随時訪問サービス					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
常勤									
非常勤									
		看護職員		理学・作業・言語		計画作成責任者			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
常勤									
非常勤									
常勤換算(人)									
主な揭示事項	営業日(年間の休日も記載)								
	営業時間								
	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								
通常の事業の実施地域									

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
- 2 「従業者の職種・員数」欄には当該事業所での常勤・非常勤、専従・兼務を記載してください。
- 3 「営業日」欄には、事業所の営業日及び年間の休日を記載してください。
- 4 出張所がある場合は付表1-2を添付してください。
- 5 記載事項に変更がある場合は変更届に添付してください。

付表 1-2 定期巡回・随時対応型訪問介護看護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	(〒 -)			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
	メールアドレス				
主な 掲 示 事 項	営業日(年間の休日も記載)				
	営業時間				
	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				
	通常の事業の実施地域				

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
- 2 「従業者の職種・員数」は付表 1-1 に含めて記載してください。
- 3 「営業日」欄には、事業所の営業日及び年間の休日を記載してください。
- 4 出張所が複数ある場合は出張所ごとに提出してください。
- 5 記載事項に変更がある場合は変更届に添付してください。

付表 2 - 1 夜間対応訪問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	(〒 -)								
	連絡先	電話番号				FAX 番号				
	メールアドレス									
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
管理者	フリガナ				住所	(〒 -)				
	氏名									
	生年月日									
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)									
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)		事業所番号							
名称										
兼務する職種										
勤務時間等										
オペレーションセンターの有無		有 ・ 無		オペレーションセンターのか所数			か所			
予定利用者数		人 (うち他の市町村の利用者数 人)								
従業者の職種・員数		訪問介護員等				オペレーター		面接相談員		
		定期巡回サービス		随時訪問サービス						
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
常勤										
非常勤										
主な揭示事項	営業日(年間の休日も記載)									
	営業時間									
	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									
通常の事業の実施地域										

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
- 2 「従業者の職種・員数」欄には当該事業所での常勤・非常勤、専従・兼務を記載してください。
- 3 「営業日」欄には、事業所の営業日及び年間の休日を記載してください。
- 4 出張所がある場合は付表 2 - 2 を添付してください。
- 5 記載事項に変更がある場合は変更届に添付してください。

付表 2 - 2 夜間対応型訪問介護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	(〒 -)			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
	メールアドレス				
主な 掲 示 事 項	営業日(年間の休日も記載)				
	営業時間				
	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				
	通常の事業の実施地域				

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
- 2 「従業者の職種・員数」は付表 2 - 1 に含めて記載してください。
- 3 「営業日」欄には、事業所の営業日及び年間の休日を記載してください。
- 4 出張所が複数ある場合は出張所ごとに提出してください。
- 5 記載事項に変更がある場合は変更届に添付してください。

付表 3 - 1 地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項 (1 / 2)

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(〒 -) 県			
	連絡先	電話番号	FAX 番号		
	メールアドレス				
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	
管理者	フリガナ		住所	(〒 -) 県	
	氏名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)				
	兼務する同一敷地内の 他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)	名称			
兼務する職種					
勤務時間等					
実施単位数		単位			
同時に通所介護の提供を受けることが出来る利用者の上限				人	
主な 揭示 事項	営業日(年間の休日も記載)				
	営業時間				
	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				
	通常の事業の実施地域				
宿泊サービス提供	有 ・ 無	土・日・祝日サービス提供	有 ・ 無		
		土 ・ 日 ・ 祝			

付表 3 - 1 通所介護・介護予防通所介護事業所の指定に係る記載事項（2 / 2）

事業所	フリガナ	
	名称	

1 単位目	従業者の 職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤									
	非常勤									
	主な 揭示事項	利用定員		名						
		サービス提供日								
サービス提供時間 (送迎時間を除く)										
食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡		専用の部屋の面積		㎡			

2 単位目	従業者の 職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤									
	非常勤									
	主な 揭示事項	利用定員		名						
		サービス提供日								
サービス提供時間 (送迎時間を除く)										
食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡		専用の部屋の面積		㎡			

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
- 2 「営業日」欄には、事業所の営業日及び年間の休日を、「営業時間」には当該事業所の営業している時間を記載してください。
- 3 「宿泊サービス提供」「土日祝日サービス提供」は有無に○をつけ、「土・日・祝」はサービス提供を行う日に○をつけてください。
- 4 「従業者の職種・員数」欄には当該事業所での常勤・非常勤、専従・兼務を記載してください。
- 5 「サービス提供日」には当該単位でのサービス提供日を、「サービス提供時間」には送迎時間を除いたサービス提供時間を記載してください。
- 6 出張所がある場合は付表 3 - 2 を添付してください。
- 7 記載事項に変更がある場合は変更届に添付してください。

付表3-2 地域密着型通所介護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	(〒 -) 県							
	連絡先	電話番号				FAX 番号			
	メールアドレス								
実施単位数		単位							
同時に通所介護の提供を受けることが出来る利用者の上限							人		
1 単位目	従業者の 職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤							
		非常勤							
	主な 揭示 事項	利用定員		名	食堂及び機能訓練室の合計面積			m ²	
		サービス提供日							
サービス提供時間 (送迎時間を除く)									
2 単位目	従業者の 職種・員数(人)	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
		非常勤(人)							
	主な 揭示 事項	利用定員		名	食堂及び機能訓練室の合計面積			m ²	
		サービス提供日							
サービス提供時間 (送迎時間を除く)									
宿泊サービス提供		有 ・ 無			土・日・祝日サービス提供			有 ・ 無	
					土 ・ 日 ・ 祝				

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
- 2 「宿泊サービス提供」「土日祝日サービス提供」は有無に○をつけ、「土・日・祝」はサービス提供を行う日に○をつけてください。
- 3 出張所が複数ある場合は出張所ごとに提出してください。
- 4 記載事項に変更がある場合は変更届に添付してください。

付表4-1 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（単独型・併設型）（1/2）

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(〒 -)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
		メールアドレス				
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						
事業所種別（該当に○）		単独型 ・ 併設型				
併設事業所の内容	事業所種別（該当に○）	特別養護老人ホーム		養護老人ホーム		
		病院	診療所	特定施設		
		介護老人保健施設		その他社会福祉施設		
	事業所番号					
	事業所名称					
管理者	フリガナ			住所	(〒 -)	
	氏名					
	生年月日					
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)					
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)	事業所番号				
		名称				
		兼務する職種				
勤務時間等						
実施単位数		単位				
主な揭示事項	営業日(年間の休日も記載)					
	営業時間					
	利用料	法定代理受領分				
		法定代理受領分以外				
	食事の提供に要する費用					
通常の事業の実施地域						

付表 4 - 1 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（単独型・併設型）（2 / 2）

事業所	フリガナ	
	名称	

1 単位目	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤								
	非常勤									
主な 揭示 事項	利用定員		名							
	サービス提供日									
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)									
	食堂及び機能訓練室の合計面積				㎡					
2 単位目	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤								
	非常勤									
主な 揭示 事項	利用定員		名							
	サービス提供日									
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)									
	食堂及び機能訓練室の合計面積				㎡					

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
- 2 「営業日」欄には、事業所の営業日及び年間の休日を、「営業時間」には当該事業所の営業している時間を記載してください。
- 3 「従業者の職種・員数」欄には当該事業所での常勤・非常勤、専従・兼務を記載してください。
- 4 「サービス提供日」には当該単位でのサービス提供日を、「サービス提供時間」には送迎時間を除いたサービス提供時間を記載してください。
- 5 出張所がある場合は付表 3 - 3 を添付してください。
- 6 記載事項に変更がある場合は変更届に添付してください。

付表 4 - 2 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（共用型）（1 / 2）

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(〒 -)					
	連絡先	電話番号		FAX 番号			
	メールアドレス						
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							
共用事業所の内容	事業所種別 (該当に○)		認知症 GH		地域密着型特定施設		地域密着型老人福祉施設
	事業所番号						
	事業所名称						
	開設年月日	本体事業所等の入居者を含めた利用者数				人	
		当該事業の利用定員				人	
管理者	フリガナ				住所	(〒 -)	
	氏名						
	生年月日						
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)						
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)	事業所番号					
		名称					
兼務する職種							
勤務時間等							
実施単位数			単位				
主な揭示事項	営業日(年間の休日も記載)						
	営業時間						
	利用料	法定代理受領分					
		法定代理受領分以外					
	食事の提供に要する費用						
通常の事業の実施地域							

付表 4 - 2 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（共用型）（2 / 2）

事業所	フリガナ	
	名称	

1 単位目	従業者の 職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤									
	非常勤									
	主な 揭示 事項	利用定員		名						
サービス提供日										
サービス提供時間 (送迎時間を除く)										
食堂及び機能訓練室の合計面積				㎡						

2 単位目	従業者の 職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤									
	非常勤									
	主な 揭示 事項	利用定員		名						
サービス提供日										
サービス提供時間 (送迎時間を除く)										
食堂及び機能訓練室の合計面積				㎡						

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
- 2 「営業日」欄には、事業所の営業日及び年間の休日を、「営業時間」には当該事業所の営業している時間を記載してください。
- 3 「従業者の職種・員数」欄には本体の従業者数との合計数を記載してください。
- 4 「サービス提供日」には当該単位でのサービス提供日を、「サービス提供時間」には送迎時間を除いたサービス提供時間を記載してください。
- 5 出張所がある場合は付表 3 - 3 を添付してください。
- 6 記載事項に変更がある場合は変更届に添付してください。

付表5-1 小規模多機能型居宅介護・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(1/2)

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(〒 -)						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
	メールアドレス							
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								
事業所の種別 (該当に○)	小規模多機能型居宅介護事業所							
	サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所							
サテライト型 事業所の場合	本体事業所番号							
	本体事業所名称							
併設施設等 の状況	種別	認知症対応型 GH			地域密着型特定施設			
		地域密着型介護老人福祉施設			介護療養型医療施設			
	事業所番号							
	事業所名称							
管理者	フリガナ				住 所	(〒 -)		
	氏名							
	生年月日							
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)							
	兼務する同一敷地内の 他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)		事業所番号					
名称								
兼務する職種								
勤務時間等								
通所サービス利用者数(推定数を記入)				人				
登録定員	人	通所サービスの利用定員	人	宿泊サービスの利用定員	人			
従業者の 職種・員数	介護従業者				介護支援専門員		計画作成担当者 (サテライトのみ)	
	うち看護職員							
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤								
非常勤								
常勤換算(人)								

付表5-1 小規模多機能型居宅介護・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(2/2)

建物の構造概要	耐火建築物・準耐火建築物の別				
	居間及び食堂の合計面積		m ²		
	個室以外の宿泊室の合計面積		m ²	個室の宿泊室	室
	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数		人		
主な揭示事項	営業日				
	営業時間	訪問サービス			
		通いサービス			
		宿泊サービス			
	利用料	法定代理受領分			
		法定代理受領分以外			
	食事の提供に要する費用				
宿泊に要する費用					
通常の事業の実施地域					
協力医療機関	名称		主な診療科名		
運営推進協議会の有無		有 ・ 無			

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
- 2 「従業者の職種・員数」欄には当該事業所での常勤・非常勤、専従・兼務を記載してください。
- 3 計画作成担当者は、サテライト型小規模多機能型居宅介護支援事業所で、介護支援専門員に代えて研修修了者を置く場合に人数を記載してください。
- 4 出張所がある場合は付表1-2を添付してください。
- 5 記載事項に変更がある場合は変更届に添付してください。

付表5-2 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護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	(〒 -)				
	連絡先	電話番号			FAX 番号	
	メールアドレス					
建物の構造概要	耐火建築物・準耐火建築物の別					
	居間及び食堂の合計面積		m ²			
	個室以外の宿泊室の合計面積		m ²		個室の宿泊室	室
	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数		人			
登録定員	人	通所サービスの利用定員	人	宿泊サービスの利用定員	人	
主な揭示事項	営業日					
	営業時間	訪問サービス				
		通いサービス				
		宿泊サービス				
	利用料	法定代理受領分				
		法定代理受領分以外				
	食事の提供に要する費用					
	宿泊に要する費用					
通常の事業の実施地域						

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
- 2 「従業者の職種・員数」は付表4-1に含めて記載してください。
- 3 出張所が複数ある場合は出張所ごとに提出してください。
- 4 記載事項に変更がある場合は変更届に添付してください。

付表6 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事業所の指定に係る記載事項（1/2）

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(〒 -)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	メールアドレス				
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	
管理者	フリガナ			住所	(〒 -)
	氏名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)				
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)		事業所番号		
名称					
兼務する職種					
勤務時間等					
共同生活住居数	戸		利用者数	人	
従業者の職種・員数		計画作成担当者			
		専従	兼務		
常勤					
非常勤					
連携施設の名称					
協力医療機関	名称	主な診療科			
耐火建築物・準耐火建築物の別		運営推進協議会の有無		有 ・ 無	
		短期利用の有無		有 ・ 無	

付表6 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事業所の指定に係る記載事項（2/2）

居住番号		住居名		利用者数		人		
従業者の職種・員数			介護従業者		建物の面積		m ²	
			専従	兼務	構造概要			
勤務体制	常勤							
	非常勤							
	常勤換算(人)							
主な 掲 示 事 項	居室数		室	(うち個室 室)				
	利用定員		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							
住 居 管 理 者	フリガナ				住所	(〒 -)		
	氏名							
	当該事業所で兼務する他の職種							
	兼務する同一敷地内の他の 事業所又は施設			名称				
				職種				
勤務時間								
計画作成 担当者	フリガナ				住所	(〒 -)		
	氏名							

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
- 2 「従業者の職種・員数」欄には当該事業所での常勤・非常勤、専従・兼務を記載してください。
- 3 (2/2)は居住数ごとに作成してください。
- 4 記載事項に変更がある場合は変更届に添付してください。

付表7 地域密着型特定施設入居者生活介護の指定に係る記載事項(1/2)

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(〒 -)										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
	メールアドレス											
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						
施設区分 (該当に○)	有料老人ホーム				サービス付き高齢者向け住宅							
	経費老人ホーム				サテライト型有料老人ホーム							
	高齢者専用賃貸住宅				サテライト型軽費老人ホーム							
	養護老人ホーム				サテライト型養護老人ホーム							
本体施設	施設開設年月日			事業所番号								
	施設の種別			名称								
管理者	フリガナ				住所	(〒 -)						
	氏名											
	生年月日											
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)											
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)		事業所番号									
名称												
兼務する職種												
勤務時間等												
利用者数	人 (前年度の平均値、新規の場合は推定人数を記入)											
	要介護者		人									
従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		計画作成担当者		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
常勤												
非常勤												
常勤換算(人)								/		/		

付表7 地域密着型特定施設入居者生活介護の指定に係る記載事項(2/2)

主な 掲 示 事 項	入居定員	人		
	居室数	室		
	利用料	法定代理受領分		
		法定代理受領分以外		
その他費用				
協 力 医 療 機 関	名称	主な診療科名		
建物の構造・概要				
建 物 の 概 要	建物の構造			
	耐火建築物・準耐火建築物の別			
	介護居室の1室の最大定員	人		
運営推進協議会の有無	有 ・ 無	短期利用の有無	有 ・ 無	

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
- 2 「従業員の職種・員数」欄には当該施設での常勤・非常勤、専従・兼務を記載してください。
- 3 記載事項に変更がある場合は変更届に添付してください。

付表 8 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定に係る記載事項 (1 / 2)

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(〒 -)			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
	メールアドレス				
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	
管理者	フリガナ			住所	(〒 -)
	氏名				
	生年月日				
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)		事業所番号		
			名称		
兼務する職種					
勤務時間等					
事業所の種別(該当に○)		地域密着型介護福祉施設		サテライト型介護福祉施設	
本体	本体施設の有無	種別			
	有 ・ 無	事業所番号		名称	
併設	併設事業所の有無	名称			
	有 ・ 無	定員	人		
短期入所生活介護実施		有 ・ 無	短期入所生活介護の実施形態	空床型 ・ 併設型	
運営推進協議会の有無		有 ・ 無			
協力医療機関	名称		主な診療科名		

No.	識別名	施設類型	ユニット数

付表 8 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定に係る記載事項（2 / 2）

No.	識別名		
施設類型(該当に○)	従来型	・ ユニット型	ユニット数
			ユニット

入所者数		人		短期入所利用者数(併設型の場合)				人(推定数)	
従業者の職種・員数		医師		生活相談員		介護職員		看護職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤								
	非常勤								
	常勤換算(人)								
		栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置しない場合の措置	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤								
	非常勤								
	常勤換算(人)								
設備基準上の数値記載項目等				主な 揭示 事項	入所(利用)定員		人		
居室	1室あたり最大定員		人		利用料	法定代理受領分			
	入所者1人あたり最小面積		m ²			法定代理受領分以外			
食堂と機能訓練室の合計面積 ユニット型では共同生活室の面積			m ²		その他の費用				
廊下	片廊下の幅		m						
	中廊下の幅		m						

病床数	ユニット型個室	ユニット型準個室	従来型個室	多床室
	床	床	床	床

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
- 2 「施設類型」は本体施設の状況を記載。ユニット型に○の場合は、ユニット数を記載してください。
- 3 更新まで一部ユニット型となっている事業所については、(2 / 2)は施設類型ごとに作成してください。
- 4 「従業者の職種・員数」欄には当該施設での常勤・非常勤、専従・兼務を記載してください。
- 5 記載事項に変更がある場合は変更届に添付してください。

付表9 看護小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記載事項（1/2）

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(〒 -)					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	メールアドレス						
病院・診療所の別							
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	事業所番号						
	種別 (該当に○)	認知症対応型 GH			地域密着型特定施設		
		地域密着型介護老人福祉施設			介護療養型医療施設		
	名称						
訪問看護事業所	形態	病院		診療所		訪問看護ステーション	
	事業所番号						
	名称						
管理者	フリガナ				住所	(〒 -)	
	氏名						
	生年月日						
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)						
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)	事業所番号					
名称							
兼務する職種							
勤務時間等							
通所サービス利用者数(推定数を記入)		人					
登録定員	人	通所サービスの利用定員	人	宿泊サービスの利用定員	人		
従業者の職種・員数	介護従業者		うち看護職員		介護支援専門員		
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
常勤							
非常勤							
常勤換算(人)							

付表9 看護小規模多機能型事業所の指定に係る記載事項（2/2）

建物の構造概要	耐火建築物・準耐火建築物の別		居間及び食堂の合計面積	m ²
	個室の宿泊室	室	うち床面積6.4 m ² 以上7.43 m ² 未満の宿泊室(病院又は診療所である場合)	室
	個室以外の宿泊室の合計面積	m ²	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	人
主な揭示事項	営業日			
	営業時間	訪問サービス		
		通いサービス		
		宿泊サービス		
	利用料	法定代理受領分		
		法定代理受領分以外		
	食事の提供に要する費用			
	宿泊に要する費用			
通常の事業の実施地域				
協力医療機関	名称	主な診療科名		
運営推進協議会の有無		有 ・ 無		

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
- 2 「従業者の職種・員数」欄には当該事業所での常勤・非常勤、専従・兼務を記載してください。
- 3 記載事項に変更がある場合は変更届に添付してください。

