

記載例

※受付番号

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

事業所	フリガナ	●●●●●●					
	名称	看護小規模多機能型居宅介護 ●●					
	所在地	(郵便番号 ●●● - ●●●●)					
	所在地	浜松市●●区●●町●●●●-●●					
連絡先	電話番号	●●●-●●●●-●●●●	FAX番号	●●●-●●●●-●●●●			
	電子メールアドレス	●●●●@●●●●●●.●●●.●●					
出張所等	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 -)					
連絡先	電話番号			FAX番号			
	当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文						
					第●●条第●●項		
事業所の別	1 病院						
	2 診療所						
	3 その他の事業所						
併設施設等	種別		介護保険事業所番号				
	名称		開設年月日				
指 定 訪 問 看 護	実施の有無	有 ・ 無		介護保険事業所番号			
	名称		開設年月日				
管 理 者	フリガナ	●●● ●●●		住 所	浜松市●●区●●●-●●		
	氏 名	●● ●●					
	生年月日	●●年●●月●●日					
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）						
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入）		名 称	●●●●グループホーム			
		介護保険事業所番号	2297●●●●●●				
		兼務する職種及び勤務時間等	管理者				
通いサービスの利用者数（推定数）		●●人					
従業者の職種・員数	看護小規模多機能型居宅介護従業者				介護支援専門員		
	うち看護職員						
		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）	●.●人		●.●人			
※ 基準上の必要人数（人）							
※ 適合の可否							
建物構造概要				※基準上の必要数値	※適合の可否		
居間及び食堂の合計面積		●●.● m ²		m ² 以上			
個室以外の宿泊室の合計面積		m ²		m ² 以上			
宿泊サービス利用定員から個室の定員数を減じた数		人					
耐火建築物、準耐火建築物等の別		耐火建築物					
主 な 掲 示 事 項	営業日	365日					
	営業時間	24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	介護報酬告示上の額の負担割合に応じた額				
		法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額				
	その他の費用	宿泊費●●●●円/泊、朝食●●●●円、昼食●●●●円、夕食●●●●円、日常生活費・おむつ代					
	通常の事業の実施地域	浜松市●●区、●●区、●●区					
協 力 医 療 機 関 等	名 称	●●●●クリニック					
	名 称	●●●●歯科医院					
運営推進会議の有無	有 ・ 無						

地区名、町名などを記入。
（客観的にその区域が特定されるもの）
※事業所から●●分以内などの記載は×

- 備考
- 1 ※印の欄には、記入しないこと。
 - 2 出張所等がある場合は、「従業者の職種及び員数」欄には当該出張所等に勤務する従業者も含めて記載すること。
 - 3 協力歯科医療機関がある場合は、「協力医療機関等」欄に併せて記載すること。
 - 4 「運営推進会議の有無」欄は、該当するものを○で囲むこと。
 - 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。