

指定認知症対応型共同生活介護事業所・指定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

事業所	フリガナ	グループホーム●●●●●●●●●●					
	名称	グループホーム●●●●●●●●					
	所在地	(郵便番号 ●●●● - ●●●●)					
		浜松市●●区●●町●●●●●●●● - ●●●●					
連絡先	電話番号	●●●●-●●●●●●●●-●●●●●●		FAX番号	●●●●-●●●●●●●●-●●●●●●		
	電子メールアドレス	●●●●●●@●●●●●●●●.●●●●●●					
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		
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	小規模多機能●●●●			
			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				
共同生活住居数	●●戸	①	②				
利用者数(推定数)	●●人	●●人	●●人				
従業者の職種・員数	介護従業者		介護従業者		計画作成担当者		
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	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							
主な掲示事項	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		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/月、食材費●●●●●●円/日、理美容代・おむつ代 実費						
建物構造概要					※適合の可否		
耐火建築物、準耐火建築物等の別			耐火建築物				
協力医療機関等	名称	●●病院		診療科名	●●科		
	名称	●●歯科医院		診療科名	●●科		
運営推進会議の有無		(有) ・ 無					

- 備考
- ※印の欄には、記入しないこと。
 - 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。
 - 「運営推進会議の有無」欄は、該当するものを○で囲むこと。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。