

付表 8 - 1 複合型サービス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	(郵便番号 -) 県 郡市							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
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	種別			名称			事業所番号		
訪問看護事業所の指定の有無	(有・無)	病院、診療所、訪問看護ステーションの別							
		名称			事業所番号				
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名								
	生年月日								
	事業所内の従業者との兼務の有無	(有・無)	(職種 :)						
	他事業所の従業者との兼務の有無	(有・無)	事業所の名称			事業所番号			
		兼務する職種及び勤務時間等							
通いサービスの利用者数 (推定数を記入)				人					
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		
従業者の職種・員数		介護従事者		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 (人)							
		非常勤 (人)							
		常勤換算後の人数 (人)							
		基準上の必要人数 (人)							
適合の可否									
建築構造概要	耐火構造物、準耐火構造物等の別								
	居間及び食堂の合計面積		m ²		適合の可否				
	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	基準上の必要数値	m ² 以上	適合の可否		
主な揭示事項	営業日								
	営業時間								
	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 (一割負担分)							
		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								
通常の事業実施地域									
力協	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							
添付書類		別添のとおり							

備考)

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別に記載した書類を添付してください。
- 3 「併設施設等」欄には、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設の別を記載してください。
- 4 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
- 5 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提出してください。