付表７―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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受付番号 | 　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　)　　　　　県　　　　　 |
| 　 |
| 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 |
| 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 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
|  |
| 連携する訪問看護事業所（連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施する場合にのみ記載） | 名称 |  |
| 住所 | (郵便番号　　　　―　　　　) |
| 従業者の職種・員数 | 訪問介護員等 | オペレーター | 看護職員 | うち計画作成責任者 |
| 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 | 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 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 　 |
| 営業時間 | 　 |
| 利用料 | 法定代理受領分(一割負担分) |
| 法定代理受領分以外 |
| その他の費用 | 　 |
| 通常の事業実施地域 | 　 |
| 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」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

　　　２　他の市町村の区域においても事業の実施を予定している場合、「予定利用者数」欄に他の市町村の予定利用者数を記入してください。

　　　３　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様に記載した書類を添付してください。

　　　４　出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含め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。

付表７―２　　定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受付番号 | 　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　)　　　　　県　　　　　 |
| 　 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 　 |
| 営業時間 | 　 |
| 利用料 | 法定代理受領分(一割負担分) |
| 法定代理受領分以外 |
| その他の費用 | 　 |
| 通常の事業実施地域 | 　 |
| 添付書類 | 別添のとおり |

備考　１　「受付番号」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様に記載した書類を添付してください。

付表８　　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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受付番号 | 　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | 　　　(郵便番号　　　―　　　)　　　　　　　　県　　　　　 |
| 　 |
| 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 | ㎡ | 適合の可否 |  |
| 個室の宿泊室 | 室 | うち床面積6.4㎡以上7.43㎡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 | m2 | 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 | ㎡以上 | 適合の可否 |  |
| 主な掲示事項 | 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 | 　 |
| 協力医療機関 | 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様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。