

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　　ー　　)																	
			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　　ー　　)											
	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				
従業員の職種・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		㎡		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。