

付表18-3

サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所・サテライト型介護予防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                              |                   |           |                                    |        |               |    |    |
|                       | 所在地                             | (〒 - )<br>広島県 福山市 |           |                                    |        |               |    |    |
|                       | 連絡先                             | 電話番号              |           |                                    | FAX番号  |               |    |    |
|                       | E-mailアドレス                      |                   |           |                                    |        |               |    |    |
| 本体事業所                 | 種別                              |                   |           |                                    |        | 事業所番号         |    |    |
|                       | 名称                              |                   |           |                                    |        |               |    |    |
| 管理者                   | フリガナ                            |                   |           | 住所                                 | (〒 - ) |               |    |    |
|                       | 名前                              |                   |           |                                    |        |               |    |    |
|                       | 生年月日                            |                   |           |                                    |        |               |    |    |
|                       | 当該サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所で兼務する他の職種 |                   |           |                                    |        |               |    |    |
|                       | 本体事業所の従業者との兼務<br>(兼務する場合のみ記入)   |                   |           | 兼務する ①職種<br>②その勤務時間                | ①      | ② : ~ :       |    |    |
| 通いサービスの利用者見込数(推定数で記入) |                                 |                   |           |                                    |        | 人             |    |    |
| 登録定員                  | 人                               | 通い定員              | 人         | 宿泊定員                               | 人      |               |    |    |
| 従業員の職種・員数             |                                 | 介護職員              |           | 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)           |                                 |                   |           |                                    |        |               |    |    |
| 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       |           |                                    |        | ㎡             |    |    |
|                       |                                 | 個室の宿泊室            | 室         | 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      | 個室以外の宿泊室の合計面積 | ㎡  |    |
| 主な揭示事項                | 利用料                             |                   | 法定代理受領分   | 介護報酬告示上の額の1割, 2割又は3割(負担割合証の割合に準ずる) |        |               |    |    |
|                       |                                 |                   | 法定代理受領分以外 | 介護報酬告示上の額                          |        |               |    |    |
|                       | 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             |                                 | (福山市日常生活圏域)       |           |                                    |        |               |    |    |
| 協力医療機関                | 名称                              |                   |           | 主な診療科名                             |        |               |    |    |
|                       | 名称                              |                   |           | 主な診療科名                             |        |               |    |    |
|                       | 名称                              |                   |           | 主な診療科名                             |        |               |    |    |
| 添付書類                  | 別添のとおり                          |                   |           |                                    |        |               |    |    |

## 備考

- 「本体事業所」欄には、本体事業所として認められている、(介護予防)小規模多機能型居宅介護、複合型サービスの別を記載してください。
- 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えありません。
- 「通常の事業実施地域」は、事業所の所在する日常生活圏域を設定してください。日常生活圏域以外も通常の事業実施地域とする場合は、その旨も記入してください。
- 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。
- 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添付してください。
- 「通いサービスの利用者見込数」は、当該年度の前年度の通いサービス利用者の延数を当該前年度の日数で除した数を記入してください。\*

\* 前年度の実績が1年未満(実績が全くない場合を含む。)の場合は、通いサービスの利用定員の90%とする。

新設又は再開等の時点から6か月～1年未満の間は、直近の6か月間における通いサービスの利用者の延数を6か月間の日数で除して得た数とする。

新設又は再開等の時点から1年以上経過している場合は、直近の1年間における通いサービスの利用者の延数を1年間の日数で除して得た数とする。

指定の申請時においては、新設の時点から6か月未満の間は通いサービスの利用定員の50%の範囲内として差し支えない。