

付表19

認知症対応型共同生活介護事業所・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                                       |                   |        |                                   |               |       |         |    |    |
|                 | 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                                 |                   |        |                                   |               |       |         |    |    |
| 管理者①            | フリガナ                                       |                   |        |                                   | (〒 - )        |       |         |    |    |
|                 | 名前   |                   |        |                                   | 住所            |       |         |    |    |
|                 | 生年月日                                       |                   |        |                                   |               |       |         |    |    |
|                 | 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<br>又は施設の従業者との兼務<br>(兼務の場合のみ記入) | 名称                |        |                                   | 介護保険<br>事業所番号 |       |         |    |    |
|                 | 兼務する職種                                     |                   |        |                                   |               |       |         |    |    |
|                 | 勤務時間                                       |                   |        | : ~ :                             |               |       |         |    |    |
| 管理者②            | フリガナ                                       |                   |        |                                   | (〒 - )        |       |         |    |    |
|                 | 名前   |                   |        |                                   | 住所            |       |         |    |    |
|                 | 生年月日                                       |                   |        |                                   |               |       |         |    |    |
|                 | 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<br>又は施設の従業者との兼務<br>(兼務の場合のみ記入) | 名称                |        |                                   | 介護保険<br>事業所番号 |       |         |    |    |
|                 | 兼務する職種                                     |                   |        |                                   |               |       |         |    |    |
|                 | 勤務時間                                       |                   |        | : ~ :                             |               |       |         |    |    |
| 管理者③            | フリガナ                                       |                   |        |                                   | (〒 - )        |       |         |    |    |
|                 | 名前   |                   |        |                                   | 住所            |       |         |    |    |
|                 | 生年月日                                       |                   |        |                                   |               |       |         |    |    |
|                 | 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<br>又は施設の従業者との兼務<br>(兼務の場合のみ記入) | 名称                |        |                                   | 介護保険<br>事業所番号 |       |         |    |    |
|                 | 兼務する職種                                     |                   |        |                                   |               |       |         |    |    |
|                 | 勤務時間                                       |                   |        | : ~ :                             |               |       |         |    |    |
| 共同生活住居数         |  | 戸                 | ①      | ②                                 | ③             | ④     |         |    |    |
| 利用者数            |  | 人                 | 人      | 人                                 | 人             | 人     |         |    |    |
| 従業者の職種・員数       |  |                   | 介護従業者  | 介護従業者                             | 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)     |  |                   |        |                                   |               |       |         |    |    |
| 主な<br>揭示<br>事項  | 居室数  |                   | 室      | 室                                 | 室             | 室     |         |    |    |
|                 | (うち個室数)                                    |                   | ( 室)   | ( 室)                              | ( 室)          | ( 室)  |         |    |    |
|                 | 利用定員                                       |                   | 人      | 人                                 | 人             | 人     |         |    |    |
|                 | 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                         |               |       |         |    |    |
| その他の費用          |  |                   |        |                                   |               |       |         |    |    |
| 協力医療<br>機関      | 名称   |                   |        | 主な診療科名                            |               |       |         |    |    |
|                 | 名称   |                   |        | 主な診療科名                            |               |       |         |    |    |
| 耐火構造物、準耐火構造物等の別 |  |                   |        |                                   |               |       |         |    |    |
| 添付書類            |  |                   | 別添のとおり |                                   |               |       |         |    |    |

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、別の用紙に記載した書類を添付すること。  
 2 「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ない。  
 3 協力歯科医療機関がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記入すること。