

付表4 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	(郵便番号		—)		都道	市区				
		府県				町村							
連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号							
	Email												
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号				—)	
	氏名												
	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又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)			名称			事業所番号						
			兼務する職種及び勤務時間等										
本体施設の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		本体施設名称			事業所番号						
協力医療機関	名称				主な診療科名								
	名称				主な診療科名								
○人員に関する基準の確認に必要な事項													
共同生活住居数		戸		①		②		③					
従業者の職種・員数				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	専従	兼務		
常勤(人)													
非常勤(人)													
常勤換算後の人数(人)													
利用者数(推定数を記入)		人		人		人		人					
利用定員		人		人		人		人					
○設備に関する基準の確認に必要な事項													
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他							
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又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 - 3 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。

(参考)付表4 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 記入欄不足時の資料

■協力医療機関

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	
	名称		主な診療科名	

(別添)

付表4 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 添付書類・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	管理者の経歴	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	平面図	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	設備・備品等一覧表	参考様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式5	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
8	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
9	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連絡体制及び支援の体制の概要		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
10	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
11	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式7	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電話	
メールアドレス	