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

受付番号	

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	（郵便番号　　―　　） 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				
	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			

共同生活住居数	戸	①		②		
利用者数（推定数を記入）	人	人		人		
従業者の職種・員数		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）						
基準上の必要人数（人）						
適合の可否						
主な掲示事項	居室数	室（うち個室　室）		室（うち個室　室）		
	利用定員	人		人		
	利用料 法定代理受領分（一割負担分）					
	利用料 法定代理受領分以外					
	その他の費用					

協力医療機関	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				
運営推進会議の有無	有・無			
添付書類				

備考　１　「受付番号」「基準上の必要人数」「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　「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。
４　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。