

付表第二号（十） 複合型サービス事業所の指定等に係る記載事項

|                     |                                                       |                                                                                             |                                                                                              |                                 |       |         |    |
|---------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------|---------|----|
| 事業所                 | 法人番号                                                  |                                                                                             |                                                                                              |                                 |       |         |    |
|                     | 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                                                 |                                                                                             |                                                                                              |                                 |       |         |    |
| 訪問看護事業所の指定の有無       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 種別                                                                                          | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション |                                 |       |         |    |
|                     | 名称                                                    |                                                                                             | 事業所番号                                                                                        |                                 |       |         |    |
| 管理者                 | フリガナ                                                  |                                                                                             |                                                                                              | 住所                              | (郵便番号 |         |    |
|                     | 氏名                                                    |                                                                                             |                                                                                              |                                 | -     |         |    |
|                     | 生年月日                                                  |                                                                                             |                                                                                              |                                 | )     |         |    |
|                     | 事業所内の従業者との兼務の有無                                       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       | (職種：                                                                                         |                                 | )     |         |    |
|                     | 他事業所の従業者との兼務の有無                                       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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                                                                                |                                 |       |         |    |
| 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  |                                                       |                                                                                             |                                                                                              |                                 |       |         |    |
| 従業者の職種・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)         |                                                       |                                                                                             |                                                                                              |                                 |       |         |    |
| 通いサービスの利用者数(推定数を記入) |                                                       |                                                                                             |                                                                                              | 人                               |       |         |    |
| ○設備に関する基準の確認に必要な事項  |                                                       |                                                                                             |                                                                                              |                                 |       |         |    |
| 居間及び食堂の合計面積         |                                                       | ㎡                                                                                           |                                                                                              | うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室          |       | 室       |    |
| 個室の宿泊室              |                                                       | 室                                                                                           |                                                                                              | (病院又は診療所である場合)<br>宿泊サービスの利用定員から |       | 人       |    |
| 個室以外の宿泊室の合計面積       |                                                       | ㎡                                                                                           |                                                                                              | 個室の定員数を減じた数                     |       | 人       |    |
| 登録定員                |                                                       | 人                                                                                           |                                                                                              | 宿泊サービスの利用定員                     |       | 人       |    |
| 通いサービスの利用定員         |                                                       | 人                                                                                           |                                                                                              |                                 |       |         |    |
| 利用者の推定数             |                                                       | 人                                                                                           |                                                                                              |                                 |       |         |    |
| 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                                                                                      |                                                                                              |                                 |       |         |    |

(複合型サービス事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項)

|                    |       |                                                                                             |  |                                 |       |     |  |
|--------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|-------|-----|--|
| 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 |                                                                                             |  |                                 |       |     |  |
| ○設備に関する基準の確認に必要な事項 |       |                                                                                             |  |                                 |       |     |  |
| 居間及び食堂の合計面積        |       | ㎡                                                                                           |  | うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室          |       | 室   |  |
| 個室の宿泊室             |       | 室                                                                                           |  | (病院又は診療所である場合)<br>宿泊サービスの利用定員から |       | 人   |  |
| 個室以外の宿泊室の合計面積      |       | ㎡                                                                                           |  | 個室の定員数を減じた数                     |       | 人   |  |
| 登録定員               |       | 人                                                                                           |  | 宿泊サービスの利用定員                     |       | 人   |  |
| 通いサービスの利用定員        |       | 人                                                                                           |  |                                 |       |     |  |
| 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 |  |                                 |       |     |  |

- 備考
- 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
  - 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。
  - 「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。
  - 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、下段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。

(参考) 複合型サービス事業所の指定等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 |  |

(複合型サービス事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項)

■複数事業所

|                    |               |                                                                                             |                                          |       |
|--------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------|
| 事業所                | フリガナ          |                                                                                             |                                          |       |
|                    | 名称            |                                                                                             |                                          |       |
|                    | 所在地           | (郵便番号 - )<br>都 道 市 区<br>府 県 町 村                                                             |                                          |       |
|                    | 連絡先           | 電話番号<br>Email                                                                               | (内線)                                     | FAX番号 |
| ○設備に関する基準の確認に必要な事項 |               |                                                                                             |                                          |       |
|                    | 居間及び食堂の合計面積   | m <sup>2</sup>                                                                              |                                          |       |
|                    | 個室の宿泊室        | 室                                                                                           | うち床面積6.4m以上7.43m未満の宿泊室<br>(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 | m <sup>2</sup>                                                                              | 宿泊サービスの利用定員から<br>個室の定員数を減じた数             | 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     |
|                    | 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 |                                          |       |