（別紙８－３）

**法人名（　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |
| --- | --- |
| 実施予定事業 | **認知症対応型共同生活介護　・　サテライト型認知症対応型共同生活介護** |
| 併設事業所 | 有　・　無 | * 開設済　　　　□　開設予定（　　　年　　　月）
 |
| 種別（定員） |  |
| 共同生活住居数（ユニット数） | 　　　　　戸 | １ユニット | ２ユニット | ３ユニット |
| 利用定員 | 　　　　　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 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 常勤（人） |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |  |  |
| 従業者計（人） |  |  |  |  |  |  |
| 従業者の職種・員数 | 計画作成担当者 |  |
| 専従 | 兼務 |
|  | 常勤（人） |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |
| 従業者計（人） |  |  |
| 耐火構造物、準耐火構造物等の別 | 耐火構造物　・　準耐火構造物　・　その他 |
| 居室数及び面積 | ㎡　×　　　室(うち個室　　　 　室） | ㎡×　　　室(うち個室　　　 　室） | ㎡　×　　　室(うち個室　　　 　室） |
| その他の費用（介護保険外の利用者負担） | 項目 | 費用額 |
| 食費 |  |
| 宿泊費 |  |
| 水道光熱費 |  |
| その他（　　　　　　　　　） |  |
|  |  |
|  |  |

備考　 １　認知症対応型共同生活介護・サテライト型認知症対応型共同生活介護のいずれかを○で囲んでください。

２　２ユニット以上の場合は、それぞれのユニットごとに内容を記入してください

３　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するかまたは別様に記載した書類を添付してください。