（別紙８－４）

**法人名（　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |
| --- | --- |
| 実施予定事業 | **小規模多機能型居宅介護 　・ 　サテライト型小規模多機能型居宅介護** |
| 本体事業所（サテライト型の場合のみ） | 種別（定員） |  |
| 事業所名 |  | 開設年月日（　　年　　月　　日） |
| 併設事業所 | 有　・　無 | * 開設済　　　　□　開設予定（　　　年　　　月）
 |
| 種別（定員） |  |
| 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 |
| 従業者の職種・員数 | 介護従業者 | 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） |  |  |  |  |  |  |
| 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 |
| 居間及び食堂の合計面積 | 　　　　　　㎡ |
| 宿泊室の室数及び面積 | 　　　　　　　　　　　㎡　×　　　　　　　　室 |
| 営業日 | 　３６５日　　　　　　 |
| 営業時間 | （通い）　　　　：　　　　～　　　　：　　　　　　　　（宿泊）　　　　：　　　　～　　　　：　　（訪問）　24時間 |
| 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 |  |
| その他（　　　　　　　　　　） |  |
|  |  |
|  |  |
| 通常の事業実施地域 |  |

備考　１　小規模多機能型居宅介護・サテライト型小規模多機能型居宅介護のいずれかを○で囲んでください。

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