

## (様式8)

法人名 ( )

実施予定事業	認知症対応型通所介護事業所 ( 単独型 ・ 併設型 )			
併設事業所	有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 開設済	<input type="checkbox"/> 開設予定 ( 年 月 )	
	種別 (定員)			
利用定員	人			
従業者の職種・員数	生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員
常勤 (人)				
非常勤 (人)				
従業者計 (人)				
食堂及び機能訓練室の合計面積	m <sup>2</sup>			
営業日			その他 年間の休日	
営業時間				
サービス提供時間 (送迎時間を除く)	: ~ : ( 時間 分)			
その他の費用 (介護保険の利用者負担分 を除く利用者負担)	項目	費用額		
	食費			
	その他 ( )			
通常の事業実施地域				

- 備考 1 (単独型・併設型)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又は別様に記載した書類を添付してください。

## (様式9)

法人名 ( )

実施予定事業	小規模多機能型居宅介護事業所 ・ サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所					
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	<input type="checkbox"/> 開設済		<input type="checkbox"/> 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					
居間及び食堂の合計面積	m <sup>2</sup>					
宿泊室の室数及び面積	m <sup>2</sup> × 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 (介護保険の利用者負担分を除く 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又は別様に記載した書類を添付してください。

(様式10)

法人名 ( )

実施予定事業	看護小規模多機能型居宅介護					
併設事業者	有・無	<input type="checkbox"/> 開設済		<input type="checkbox"/> 開設予定 ( 年 月)		
	種別(定員)					
訪問看護事業所の指定の有無	有・無	病院・診療所・訪問看護ステーション				
	名称					
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	介護従事者		うち保健師又は看護職員		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					
居間及び食堂の合計面積	m <sup>2</sup>					
宿泊室の室数及び面積	m <sup>2</sup> × 室					
営業日						
営業時間	(通い) : ~ : (宿泊) : ~ : (訪問) 24時間					
その他の費用 (介護保険の利用者負担分を除く 利用者負担)	項目	費用額				
通常の事業実施地域						

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、又は別に記載した書類を添付してください。