

## (様式9)

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	<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		3 6 5 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・サテライト型看護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		<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		3 6 5 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 看護小規模多機能型居宅介護・サテライト型看護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 11)

法人名 ( )

実施予定事業		定期巡回・随時対応型訪問介護看護									
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)									
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				(有・無)	(職種 : )					
	他事業所の従業者との兼務の有無				(有・無)	事業所の名称					
						兼務する職種 及び勤務時間等					
連携する訪問看護事業所 (連携型定期巡回・随時対応型訪問介護 看護を実施する場合のみ記載)				名 称							
				住 所	(郵便番号 — )						
従業者の職種・員数		訪問介護員等				オペレーター		看護職員		うち計画作者 責任者	
		定期巡回 サービス		随時訪問 サービス							
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常 勤 (人)									
		非常勤 (人)									
従業者計 (人)											
営業日											
営業時間											
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様に記載した書類を添付してください。