様式第７号

事業所概要書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | （郵便番号　　　　　－　　　　　）　　　　　　　　県　　郡市 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| Email |  |
| 併設施設等 | □認知症対応型共同生活介護事業所　　　□地域密着型特定施設　　　□地域密着型介護老人福祉施設□介護療養型医療施設 |
| 訪問看護事業所の指定の有無 | □有　　□無 | 種別 | □病院　　　□診療所　　　□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 | □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 | 　 |
| 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 | ㎡ | 　 |
| 個室の宿泊室 | 室 | うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室（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 | ㎡ | 宿泊サービスの利用定員から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 | □耐火建築物　　　　　□準耐火建築物　　　　　□その他 |
| 〇その他の事項 |
| 介護保険の利用者負担を除く利用者負担 | 項目 | 費用額 |
| 食事の提供に関する費用 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（朝：　　　円　昼：　　　円　夜：　　　円　　おやつ：　　　円） |
| 宿泊費 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| その他費用 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 合計 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |