

付表3 認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の更新に係る記載事項

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	〒 (ビルの名称等)								
	連絡先	電話番号			FAX番号					
	E-mail									
第1ユニット管理者	フリガナ				住所	〒				
	氏名									
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)									
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	事業所等の名称			事業所番号					
		兼務する職種及び勤務時間等								
第2ユニット管理者	フリガナ				住所	〒				
	氏名									
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)									
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	事業所等の名称			事業所番号					
		兼務する職種及び勤務時間等								
共同生活住居数	戸	第1ユニット			第2ユニット					
利用者数(推定数を記入)	人	人			人					
従業者の職種・員数			計画作成担当者		介護従事者		計画作成担当者		介護従事者	
			専従	兼務	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									
	※基準上の必要人数									
	※適合の可否									
主な揭示事項	居室数		室(うち個室 室)				室(うち個室 室)			
	利用定員		人				人			
	利用料	法定代理受領分								
		法定代理受領分以外								
	その他費用									
協力医療機関	名称				主な診療科名					
	名称				主な診療科名					
耐火構造物、準耐火構造物等の別										
運営推進会議の有無		□ 有 ・ □ 無								
備考										
1 ※印の欄は、記入しないでください。										
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。										
3 協力歯科医療機関がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。										
4 添付書類は別紙を参考にしてください。										

別紙

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 更新申請に係る添付書類一覧

主たる事業所の名称		
申請する事業の種類		
No.	添付書類	参考様式No.
1	法人登記事項証明書又は条例等	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表及び組織体制図	参考様式 1
3	代表者の書経歴書 (認知対応型サービス事業開設者研修等修了書の写し)	参考様式 2
4	管理者の経歴書 (研修終了証の写しまたは確約書等)	参考様式 2
5	計画作成担当者の経歴 (研修終了証の写しまたは確約書等)	参考様式 2
6	事業所の位置図・平面図	参考様式 3
7	居室面積等一覧表	参考様式 4
8	設備・備品等に係る項目一覧	参考様式 5
9	運営規程	
10	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式 7
11	損害保険証書の写し	
12	協力医療機関 (協力歯科医療機関) との契約書等の写し	
13	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携支援体制の概要	
14	介護保険法第 78 条の 2 第 4 項各号又は第 115 条の 11 第 2 項各号に該当しない旨の誓約書	参考様式 8 - 4 又は 8 - 5
15	役員名簿	参考様式 9
16	運営推進会議構成員の名簿	参考様式 10
17	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式 11
18	土地・建物の登記事項証明書	
19	賃貸契約書の写し (土地・建物を賃借している場合のみ添付)	
20	建築基準法上の検査済証、消防用設備等検査済証等	
21	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書及びその添付書類	
22	その他 (事業所の案内、パンフレット等)	

備考 1 次の添付書類には、原本証明をつけてください。

- ・登記事項証明書 ・雇用契約書 ・損害保険証書 ・公図の写し
- ・貸借契約書 ・協力医療機関 (協力歯科医療機関) との契約書

2 体制等に変更がある場合は別途体制等に関する届出書を提出してください

記入担当者連絡先		
事業所名		
担当者名		
連絡先	電話番号	FAX番号