付表第二号（六） 小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX 番号	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合のみ記入）	兼務先の名称、所在地		事業所番号	
		兼務先のサービス種別、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	介護従業者		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情報			
居間及び食堂の合計面積	㎡		
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		
添付書類	別添のとおり		

（小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項）

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX 番号	
		Email			

○設備に関する基準の確認に必要な情報			
居間及び食堂の合計面積	㎡		
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		

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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
２　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
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　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。

（参考） 小規模多機能型居宅介護事業所･介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

（小規模多機能型居宅介護事業所･介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項）

■複数事業所

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　ー　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX 番号	
		Email			
○設備に関する基準の確認に必要な情報					
居間及び食堂の合計面積		㎡			
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	

（別添）

付表第二号（六） 小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定等に係る記載事項
添付書類・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認（☑を記載）し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	標準様式	新規指定申請（※1）	更新申請（※2）	備考
1	登記事項証明書又は条例等		□ 添付	□ 添付 □ 添付省略	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	標準様式1	□ 添付	□ 添付 □ 添付省略	
3	資格証		□ 添付	□ 添付 □ 添付省略	
4	管理者の経歴	標準様式2	□ 添付	□ 添付 □ 添付省略	
5	平面図	標準様式3	□ 添付	□ 添付 □ 添付省略	
6	設備・備品等一覧表	標準様式4	□ 添付	□ 添付 □ 添付省略	
7	運営規程		□ 添付	□ 添付 □ 添付省略	
8	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	標準様式5	□ 添付	□ 添付 □ 添付省略	
9	協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容		□ 添付	□ 添付 □ 添付省略	
10	介護老人福祉施設・介護老人保健施・病院等との連絡体制及び支援の体制の概要		□ 添付	□ 添付 □ 添付省略	
11	誓約書	標準様式6	□ 添付	□ 添付	
12	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	標準様式7	□ 添付	□ 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

提出者（問合先）

事業所名	
担当者名	
電　話	
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	