【様式３】

地域密着型サービス事業所体制等の計画

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施予定事業 | | □認知症対応型共同生活介護　　□介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | |
| 利用定員 | | 人 |  | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | 介護従業者 | | | | 計画作成担当者 | |  | | | |
| 専従 | | 兼務 | | 専従 | 兼務 | |  | |  |
|  | 常勤（人） | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 非常勤（人） | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 従業者計（人） | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| 居　　　室　　　数 | | | 室 | | | | 1室あたりの  居室面積 | | | | ㎡ | |
| 家賃  （月額） | |  | | | | | | | | | | |
| 敷　金 | | 有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　円）　・　無 | | | | | | | | | | |
| 保証金  （入居時一時金） | | 有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　円）　・　無 | | | | | | | | | | |
| 有の場合  保全措置の内容 | |  | | | | | | | | |
| 有の場合  償却の有無 | | 有　（期間：　　　　　　　　　　　　　　）  無 | | | | | | | | |
| 介護保険の利用者負担を除く費用 | | 項　目 | | | | 費　用　額 | | | | | | |
| 食費（日額） | | | |  | | | | | | |
| 光熱水費（月額） | | | |  | | | | | | |
| その他の費用（　　　　　　　　　　） | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
| 上記利用料などの算出根拠 | | | | | | | | | | | | |