**実施予定事業の事業所体制等**

様式３

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施予定事業 | | ■**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） | |  | |  |  | |  |
| 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 | | | |
| 居室数 | | | | | 室　（内個室数　　　　室） | | | |
| その他の費用  （介護保険の利用者負担を除く利用者負担） | | | | 項目 | | | 費用額 | |
| 居住費 | | |  | |
| 食費 | | |  | |
| 光熱水費 | | |  | |
| その他（　　　　　　　　　　） | | |  | |
|  | | |  | |
| 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。