様式10

**実施予定事業の定員・従業者等の計画**

**（看護小規模多機能型居宅介護）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 従業者の職種および  員数 | | 介護従業者 | | 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  従業者計（人） |  |  |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 建　物　構　造　概　要 | | | | | |
| 居間および食堂の合計面積 | ㎡ | 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 宿泊室数 | 個室　　　　　　　　　　室 | 個室以外の宿泊室　　　　　　　　　　室 |
| 営業日 | ３６５日（無休） | |
| 営業時間 | 通いサービス： | |
| 宿泊サービス： | |
| 介護保険の利用者（１割または２割、３割）負担を除く利用者負担 | 項　目 | 費　用　額 |
| 食費（日額） |  |
| 宿泊費（日額） |  |
| その他（　　　　　　　　　　　　　） |  |
| その他（　　　　　　　　　　　　　） |  |

※　管理者の履歴書（様式11）を添付してください。

※　従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（様式12）を添付してください。