**様式第４号の事業所における定員・従業者等の配置計画**

（様式第４号別紙）

**【（介護予防）認知症対応型共同生活介護】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 共同生活住居数 | | 戸 | | ユニット① | | ユニット② | | |  | |
| 利用定員 | | 人 | | 人 | | 人 | | |  | |
| 居室数 | | | | 室  (うち個室　　室) | | 室  (うち個室　　室) | | |  | |
| 従業者の職種・員数 | | | | 介護従事者 | | 介護従事者 | | | 計画作成担当者 | |
| 専従 | 兼務 | 専従 | | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 常勤（人） | | |  |  |  | |  |  |  |
| 非常勤（人） | | |  |  |  | |  |  |  |
| 合計（人） | | |  |  |  | |  |  |  |
| 居室数 | | | | 室  (うち個室　　室) | | 室  (うち個室　　室) | | |  | |
| 営業時間 | | | | ～ | | | | | | |
| 介護保険の利用者負担１割又は２割を除く利用者負担 | | | 項　目 | | | | 費　用　額 | | | |
| 居住費 | | | | 円／月 | | | |
| 食材料費 | | | | 円／月 | | | |
| 光熱水費 | | | | 円／月 | | | |
| その他（　　　　　　　　　） | | | | 円／月 | | | |
|  | | | |  | | | |

|  |
| --- |
| ※併設施設がある場合、建築面積、構造等その概要について記載願います。 |
|  |