整備調書別紙　事業概要

|  |  |
| --- | --- |
| **サテライト型認知症高齢者グループホーム** | |
| 事業所概要 | |
| **（１）本体事業所** | |
| 用途地域（　　　　　　　　　　　　　）  日常生活圏域（　　　　　　　　　　　　　）  小学校区（　　　　　　　　　　　　　）  事業開始日：　　　年　　月　　日 | 定員の７割を超えた年月：　　　年　　月  定員（　　　　　　　　　　　）人  （現在の利用者数　　　　　　　人） |
| **（２）サテライト事業所　設備概要** | |
| 居室　　　　：（　　　　）室  トイレ　　　：ユニット内に（　　　　）箇所設置　*※少なくとも１箇所は福祉対応型トイレとすること*  収納スペース：各室に設置　・　その他（　　　　　　　　　　　）  洗面設備　　：各室に設置　・　共用（　　　　）箇所に（　　　　）個設置  キッチン　　：対面型　・　アイランド型　・　壁付型（従来型） | |
| **（３）サテライト事業所　スタッフについて**  *※事業計画時に少なくとも管理者は決定済みであり、計画作成担当者も予定があること。* | |
| ①管理者　　*※認知症介護の実務経験が３年以上必要。資格、経歴については、別紙「管理者経歴書」に記載すること。* | |
| 氏名： | |
| ②計画作成担当者　　*※２人以上の計画作成担当者を配置する場合、いずれか１人が介護支援専門員の資格を有していること*  *※資格、経歴については、別紙「計画作成担当者経歴書」に記載すること。* | |
| 氏名：  介護支援専門員番号： | |
| **（４）利用者が負担する費用（予定）**  *※低所得者向けの料金を設定するなど、独自に宿泊料等の低減措置を設けている場合はその内容も記載すること。* | |
| ①家賃　　*※積算根拠を記載すること。* | |
| 月額　　　　　　円  　（根拠） | |
| ②食事代 | |
| 1日　　　　　　円  （内訳：朝食　　　円、昼食　　　円、おやつ　　　円、夕食　　　円　） | |
| ③敷金　　*※該当箇所に「○」を付けること。* | |
| 敷金の有無　　：　有　・　無　　→　有の場合：（　　　　　　円：　家賃　　か月分） | |
| ④前払金　　*※該当箇所に「○」を付けること。　　　　※前払金は金額を問わず、保全措置が必要。* | |
| 前払金の有無　　：　有　・　無　　→　有の場合：（　　　　　　円）  前払金の積算根拠：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　具体的な保全措置：　連帯保証（銀行）　・　保障保険　・　信託契約（金融機関） | |
| ⑤その他の費用 | |
| 光熱水費　：  おむつ代　：  理美容代　：  その他　　： | |
| **（５）認知症高齢者グループホーム**  利用者負担の合計（介護保険給付サービスの自己負担１割を除く）  *※（4）の①＋②＋⑤の１ヵ月合計額* | |
| 月額　　　 　　円程度 | |