様式２

認知症対応型共同生活介護開設提案書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

１　安城市で地域密着型サービスの事業を運営する目的・理由

|  |
| --- |
|  |

２　事業の運営理念、基本方針、介護方針

|  |
| --- |
|  |

３　地元への事前説明の状況（地元町内会への事前説明の経緯と意見など）

|  |
| --- |
|  |

４　地域等との連携・協調

|  |
| --- |
|  |

５　事業運営

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （１）医療機関との連携①協力医療機関

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 医療機関名 | 所在地 | 診療科目 | 施設からの距離 |
| 医科 |  |  |  | 　　分　　　ｍ |
| 歯科 |  |  |  | 　　分　　　ｍ |

②連携方法  |
| （２）防災対策 |
| （３）衛生管理 |
| （４）苦情解決 |
| （５）事故防止体制 |
| （６）環境への配慮設備に関すること事業運営時の取り組み建設時の取り組み |
| （７）職員の確保及び採用方針（採用資格、実務経験について） |
| （８）職員の資質向上策 |
| （９）利用者負担（１か月あたり）①介護報酬１割負担分（加算分も含めて）（例：要介護２の場合）・・　　　　　　　　円／月　＊　予定する加算の種類を記入してください。　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）②家賃・・・・・・・・・・　　　　　　　　円／月③食材料費・・・・・・・・　　　　　　　　円／月④水道光熱費・・・・・・・　　　　　　　　円／月⑤その他（　　　　）・・・　　　　　　　　円／月　①～⑤の計　　　　　　　　　　　　　　　　円／月○入居一時金・・・・・・・　　　　　　　　円（　　月・年償却）○入居申込金・・・・・・・　　　　　　　　円 |