

■（介護予防）認知症対応型共同生活介護

- ・事業所の名称及び所在地
- ・申請者（開設者）の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名
- ・登記事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る）
- ・事業所の構造概要、専用区画等
- ・事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴
- ・運営規程
- ・協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容（協力歯科医療機関があるときは、その名称及び当該協力歯科医療機関との契約の内容を含む。）
- ・介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携体制及び支援の体制の概要
- ・介護サービス費の請求に関する事項
- ・介護支援専門員の氏名及びその登録番号