

共同生活援助に係る体制

事業所の名称								
事業所の所在地								
連絡先	電話番号				担当者名			
	FAX番号							
共同生活住居の状況	共同生活住居の名称		住所			定員	小規模事業加算の該当の有無	大規模住居減算の該当の有無
	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							
	7							
	8							
	合計							
ケアホーム対象者の状況（区分2以上）	居住する共同生活住居の名称	夜間支援体制の内容	氏名			区分	小規模事業夜間支援体制加算の該当の有無	重度障害者等包括支援対象者の有無
			1					
			2					
			3					
			4					
			5					
			6					
			7					
			8					
			9					
			10					
			11					
			12					
			13					
			14					
合計								

備考 「ケアホーム対象者の状況」欄は、共同生活介護事業所において行われている夜間の支援の内容、夜間支援従事者の配置状況等具体的に記載してください。